Niveau(x) d'enseignement : 0 Numéro EDUQ : 9570665
Centre d'intérêt : 350

St-Laurent, Sylvie

Besoins en formation des infirmières de l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal / par Sylvie St-Laurent. -- [Montréal?] : S. St-Laurent, 1994
[viii], 254 f. ; 28 cm.

Résumé : f. vii-[viii]. "Rapport d'intervention présenté à l'ENAP en vue de l'obtention de la Maîtrise en administration publique". Bibliogr. : f. 107-110.

Vedette(s)-secondaire(s) : Ecole nationale d'administration publique (Québec)

Descripteur(s) : Infirmière * Besoins de formation * Analyse de besoins * Formation en cours d'emploi * Profil de formation * Compétence * Critères d'évaluation * Analyse organisationnelle * Tâche du personnel * Opinion du personnel * Questionnaire * Statistiques

Identificateur(s) de nom : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Urgence

Le mandat confié à ce projet d'intervention consiste à identifier les besoins de formation des infirmières à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal afin de leur offrir des programmes de formation leur permettant d'acquérir les connaissances et les habiletés pour améliorer leur efficacité. A partir du modèle de détermination des besoins de Ballard, un profil de compétence en soins infirmiers à l'urgence a été élaboré. L'analyse des données recueillies confirme que la philosophie des soins infirmiers est loin d'être intégrée par les infirmières et que leur schème de compétence se limite encore à l'aspect curatif et technique de la profession. Un programme de préceptorat est proposé pour assurer le développement professionnel des infirmières. Questionnaire à l'annexe E.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

BESOINS EN FORMATION DES INFIRMIÈRES DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL

par

Sylvie St-Laurent
Promotion 1990-1994

RAPPORT D'INTERVENTION PRÉSENTÉ À L'ENAP
EN VUE DE L'OBTENTION DE LA MAÎTRISE
EN ADMINISTRATION PUBLIQUE

MONTRÉAL
MAI 1994

95-70665

INT
1436

SOUTENU
le 9-6-94 à Natural

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

BESOINS EN FORMATION DES INFIRMIÈRES DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL

par

Sylvie St-Laurent
Promotion 1990-1994

BIBLIOTHÈQUE
ENAP-MONTRÉAL

RAPPORT D'INTERVENTION PRÉSENTÉ À L'ENAP
EN VUE DE L'OBTENTION DE LA MAÎTRISE
EN ADMINISTRATION PUBLIQUE

MONTRÉAL
MAI 1994

REMERCIEMENTS

Je dédie ce projet à ma mère qui a su, par son amour, son dévouement et son exemple, me montrer à vivre selon mes convictions profondes et à avoir confiance en moi et en la vie.

Je remercie sincèrement tous les membres de ma famille, sans qui les obstacles auraient été beaucoup plus nombreux. Leurs petites attentions, leur sens de l'humour et leur soutien inconditionnel m'ont donné la force d'aller jusqu'au bout de cette belle aventure.

Je remercie mes ami(e)s et mes collègues de travail de leurs encouragements, de l'intérêt manifesté à mon égard et de leur solidarité.

Je remercie toutes les personnes qui ont participé à la collecte de données pour leur implication et leur générosité.

Je remercie Mme Diane Bégin pour sa patience, son perfectionnisme et sa grande complicité. Grâce à elle, la mise en page de ce travail s'est avérée une activité stimulante.

Je remercie d'une façon particulière ma mandataire, la directrice des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Mme Johanne Théoret. Elle fut la première à croire en mes qualités de gestionnaire et à m'encourager à poursuivre mes études. Sa vision élargie de la profession et sa détermination m'ont beaucoup inspirée tout au long de ce projet.

En dernier lieu, je tiens à remercier mon directeur académique, M. Adrien Payette. Sa disponibilité, son ouverture d'esprit et ses conseils judicieux m'ont grandement aidé à intégrer certaines connaissances afin de réaliser ce mandat à partir d'une stratégie d'intervention bien établie.

AVANT-PROPOS

Le rapport d'intervention de l'ENAP est une activité obligatoire, strictement individuelle qui s'inscrit dans le programme de Maîtrise en administration publique de l'Ecole nationale d'administration publique (ENAP). Il est l'aboutissement d'une démarche faite auprès d'un organisme public, en l'occurrence l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, dans le but d'apporter une solution à un problème de nature administrative. Cette démarche se traduit par un rapport écrit, déposé et accepté par l'Ecole nationale d'administration publique et l'organisme mandataire.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ii
AVANT-PROPOS iii
TABLE DES MATIÈRES iv
LISTE DES TABLEAUX v
LISTE DES FIGURES vi
SOMMAIRE vii
1. INTRODUCTION 2
1.1 Formulation du problème 2
1.2 Présentation du mandat 6
1.3 Annonce du travail 6
2. LA DÉFINITION DU PROBLÈME 9
2.1 Éléments historiques 9
2.2 L'Hôpital d'aujourd'hui 10
2.3 Le Service de l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur 12
2.4 Formulation préliminaire du problème 15
2.5 L'importance de l'étude 18
3. CADRE CONCEPTUEL 22
3.1 Formation en milieu organisationnel 23
3.1.1 Besoins individuels de formation 25
3.1.2 Besoins organisationnels de formation 26
3.2 Formation des infirmières 27
3.2.1 Période 1: Probation 29
3.2.2 Période 2: Développement et maintien de la compétence de base 30
3.2.3 Période 3: Développement et maintien de la compétence avancée 31
3.2.4 Cheminement vers l'expertise des infirmières 32

3.3 Formation des infirmières à l'urgence 34
3.4 Évaluation des besoins de formation 40
3.4.1 Principes d'apprentissage de l'adulte 42
3.4.2 Évaluation des besoins et des objectifs d'apprentissage 42
3.5 Conclusion 43
4. MÉTHODOLOGIE 46
4.1 L'étude de documents 46
4.2 L'entrevue 48
4.3 Le questionnaire 50
4.3.1 Règles d'élaboration 50
4.3.2 Validation du questionnaire 53
4.4 L'échantillonnage 54
4.5 La collecte de données 54
4.6 Le traitement des informations recueillies 54
4.7 Les limites de l'étude 55
5. ANALYSE DES DONNÉES 58
5.1 Revue des documents 58
5.2 Les entrevues 61
5.3 Le questionnaire 64
5.3.1 Les données démographiques 64
5.3.2 Les données relatives à l'emploi 66
5.3.3 Le profil des compétences en soins infirmiers à l'urgence 68
5.4 Analyse des champs de compétence selon le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière 77
5.5 Analyse des champs de compétence selon le nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal . . . 81
5.5.1 Les infirmières qui ont moins d'un an d'expérience à l'urgence 81
5.5.2 Les infirmières qui ont 1 an, moins de 5 ans d'expérience à l'urgence 82

5.5.3 Les infirmières qui ont 5 ans et plus d'expérience à l'urgence 83
5.6 Analyse des champs de compétence selon le statut d'emploi 83
5.7 Analyse des champs de compétence selon l'horaire de travail 84
6. CONCEPTION DE LA SOLUTION 86
6.1 Rappel de la problématique et des objectifs poursuivis 86
6.2 Facteurs jouant un rôle déterminant dans notre processus décisionnel 87
7. RECOMMANDATIONS 94
7.1 Recommandations spécifiant «ce qu'il faudrait faire avant d'implanter le préceptorat» 96
7.2 Recommandations spécifiant «comment implanter le préceptorat» 98
7.3 Problèmes potentiels reliés à l'implantation du programme de préceptorat 101
8. CONCLUSION 103
BIBLIOGRAPHIE 107
ANNEXES
A. Loi sur la santé et les services sociaux (Loi 120) Implications hospitalières 115
B. Les quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson . . 119
C. Fonctions générales et spécifiques de l'infirmière à l'urgence . . 123
D. Guide d'entrevue 157
E. Le questionnaire 161
F. Sommaires des réponses 183
G. Sommaires des répondant(e)s par champ de compétence 205
H. Portrait professionnel des répondant(e)s et pourcentage global par champ de compétence selon le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière 211
I. Portrait professionnel des répondant(e)s et pourcentage global par champ de compétence selon le nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal 223
J. Portrait professionnel des répondant(e)s et pourcentage global par champ de compétence selon le statut d'emploi 233
K. Portrait professionnel des répondant(e)s et pourcentage global par champ de compétence selon l'horaire de travail 241
L. Projet d'implantation des recommandations 251

LISTE DES TABLEAUX

1. Programmes de formation 24
2. Prototype du développement des infirmières 28
3. Modèle de différentiation des étapes du cheminement vers l'expertise 33
4. Modèle conceptuel pour la détermination des besoins en formation 41
5. Champs de compétence et questions 53
6. Sexe des répondant(e)s 65
7. Âge des répondant(e)s 65
8. Langue parlée 66
9. Langue écrite 66
10. Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière 67
11 Nombre d'années d'expérience à l'Hôpital du Sacré-Coeur 67
12. Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal 67
13. Statut d'emploi 67
14. Horaire de travail 67
15. Connaissance des lois relatives aux droits des usagers 76
16. Écarts entre les plus hauts et les plus bas pourcentages globaux obtenus à l'intérieur de chacun des champs de compétence 78

LISTE DES FIGURES

1. Dimensions des soins infirmiers à l'urgence 36

SOMMAIRE

Les infirmières détenant un poste à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal sont confrontées à de nombreux changements environnementaux, organisationnels et professionnels sans bénéficier d'aucun programme de formation continue pour augmenter leur savoir et renouveler leur pratique de soins.

Le mandat confié dans ce projet d'intervention consiste à identifier les besoins de formation des infirmières à l'urgence afin de leur offrir, dans un avenir rapproché, des programmes de formation qui leur permettront d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour s'adapter aux transformations continuelles de leur environnement et de devenir, par le fait même, plus efficaces et efficientes.

Pour réaliser notre mandat, nous élaborons notre cadre théorique à partir de la «formation en milieu organisationnel». Nous la définissons de façon générale, puis nous nous attardons plus précisément à celle des infirmières et, en dernier lieu, à celle des infirmières de l'urgence. Comme la formation doit absolument tenir compte des véritables besoins des personnes concernées, nous nous servons d'une partie du modèle de détermination des besoins élaboré par Ballard (1989). Ensuite, nous bâtissons un profil de compétence en soins infirmiers à l'urgence afin de mieux répondre aux interrogations soulevées dans ce modèle.

L'étude de divers documents internes, la consultation d'auteurs en gestion, la revue de la littérature sur la formation en milieu organisationnel, en

milieu hospitalier et sur la profession infirmière, les entrevues auprès des dirigeants et de certains médecins impliqués à l'urgence et la distribution du questionnaire à 75 infirmières détentrices de postes constituent les différentes étapes de notre cueillette de données. Le questionnaire se divise en cinq parties: les données démographiques, les données relatives à l'emploi, le profil de compétence, les suggestions proposées par les infirmières pour les sujets spécifiques de formation non abordés dans le questionnaire et les suggestions sur des méthodes pédagogiques à expérimenter.

L'analyse des données nous confirme que la philosophie des soins infirmiers est loin d'être intégrée par les infirmières oeuvrant à l'urgence et que leur schème de compétence se limite encore à l'aspect curatif et technique de la profession. Par contre, c'est une équipe qui a énormément de potentiel et qui a le désir de s'améliorer et de prendre en main leur devenir. Elles sont très habiles pour travailler en équipe, s'organiser, déléguer et s'adapter aux changements. Comme elles ont aussi des aptitudes à communiquer oralement, nous leur proposons un programme de préceptorat afin d'assurer, sur une base continue, la satisfaction de leurs besoins présents et futurs, tout en leur permettant d'exploiter au maximum leurs forces.

Le préceptorat, tel que nous le concevons, ne se limite pas à assister les infirmières novices lors de leur intégration à l'urgence mais aussi à les soutenir, tout au long de leur carrière, dans leur développement professionnel afin qu'elles soient plus efficaces et efficientes, qu'elles maintiennent élevé leur niveau de compétence clinique et qu'elles améliorent la qualité de la prestation des soins aux usagers et des services.

C'est un défi de taille, mais drôlement intéressant à relever.

1. INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

1.1 Formulation du problème

«La profession infirmière existe depuis des millénaires», selon certains auteurs en soins infirmiers dont Riopel, Grondin et Phaneuf (1984, p. 1).

Comme c'est de l'ère chrétienne qu'originent les hôpitaux, tels que nous les connaissons maintenant, il n'est pas surprenant que le soin des malades se soit imposé avant tout comme une oeuvre morale réalisable grâce à l'imitation des vertus du Christ. La garde-malade du début du siècle avait la vocation. À son front brillaient la flamme du dévouement et l'espoir des succès futurs! Avec l'évolution rapide des sciences et l'apparition de la syndicalisation des infirmières dans les années '60, disparut le côté vocationnel de la profession.

Aujourd'hui, il est maintenant reconnu que les interventions en soins infirmiers se font dans le cadre d'une démarche scientifique précise. L'infirmière est responsable de mettre en place des stratégies de soins visant à satisfaire les besoins spécifiques de chaque usager et de sa famille. Elle doit respecter les normes et critères de compétence de sa profession.

Même si le vocabulaire a évolué, les valeurs fondamentales demeurent. L'infirmière, quoique plus autonome, est toujours engagée de façon individuelle dans le processus continu de l'amélioration de la santé des usagers et des familles.

Afin d'assurer à la population la meilleure qualité de soins possible, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.) a mis sur pied un Service de «Surveillance Générale de l'Exercice de la Profession».

À chaque visite effectuée par l'Ordre (à tous les 3-5 ans), un rapport est soumis à la Direction des soins infirmiers du centre hospitalier évalué pour mettre en lumière les forces et les faiblesses de son personnel infirmier.

En ce qui concerne l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, l'une des principales déficiences mentionnées au rapport (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993, p. 11) fut «l'absence de programme structuré de formation, indiquant clairement les objectifs poursuivis, la clientèle visée, les méthodes d'apprentissage utilisées et les moyens employés pour évaluer l'impact de la formation».

D'autres lacunes ont aussi été soulignées:

- le peu d'emphase mis sur les fonctions indépendantes de l'infirmière (fonctions non reliées à l'exécution de l'ordonnance médicale) dans le programme d'orientation;
- le manque de perspective de la formation en cours d'emploi basée essentiellement sur des aspects techniques.

Pour corriger la situation, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1993, p. 11) recommande, entre autres, de réviser le contenu des différents

programmes de formation dans le but de l'enrichir et d'établir un lien plus étroit avec les valeurs préconisées dans la philosophie des soins infirmiers.

Telle qu'inspirée par le modèle conceptuel de Virginia Henderson, l'essence même de cette philosophie (ensemble de conceptions philosophiques communes au personnel infirmier de la Direction des soins infirmiers) repose sur l'indépendance de l'usager et des familles pour satisfaire l'ensemble de leurs besoins fondamentaux, selon une vision *bio-psycho-socio-culturelle*.

D'autre part, la définition de la santé, promue par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1980, pp. 66-67), à laquelle adhère la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Coeur, se présente ainsi:

> «La santé est un attribut positif qui appelle, chez l'homme, l'exploitation de ses ressources vitales et spirituelles. Elle touche la globalité de l'être humain en considérant sa capacité de faire face aux situations existentielles et sa disposition à effectuer des apprentissages significatifs pour actualiser son potentiel».

En somme, la conception de la personne, de la santé, de l'environnement et des soins infirmiers permet à la Direction des soins infirmiers de situer l'exercice de la profession de l'infirmière à l'intérieur de l'organisation, de présenter une vision de cet exercice et enfin, de décrire l'action de l'infirmière qui en découle.

À cet égard, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1980, p. 70) précise que:

> «En plus, les soins infirmiers englobent des actions spécifiques tant au niveau curatif que préventif ... dans le but de faciliter chez l'individu, la maîtrise de la situation existentielle de santé. Les soins infirmiers impliquent une préoccupation des besoins de l'individu face à sa santé et une aide indispensable à lui apporter dans l'expérience de santé passée, présente et future. Ils font aussi appel à l'exploitation de son potentiel d'autonomie et de participation en vue de son bien-être et d'une satisfaction dans sa vie».

L'urgence du pavillon principal nous apparaît comme un milieu où ces principes sont peu mis en pratique. Nonobstant toute la bonne volonté déployée par les infirmières pour s'approprier la philosophie et les postulats du modèle de Virginia Henderson mis de l'avant par la direction, la complexité du quotidien et les anciens modèles de référence en soins infirmiers viennent ralentir l'évolution de leur pratique infirmière. Souvent, l'analyse des besoins de l'usager se limite aux problèmes vécus à l'intérieur du cadre hospitalier. L'aspect humain et social est mis de côté. Ce qui fait qu'il est difficile de satisfaire adéquatement les besoins des usagers qui constituent la population à desservir et de leur offrir des services de qualité.

Jusqu'à quel point la méconnaissance de la clientèle à servir, du rôle à tenir ne diminue-t-elle pas l'efficience et l'efficacité de cette équipe?

Tout bon gestionnaire recherche l'excellence, l'efficacité et l'efficience des services qu'il rend à la clientèle et compte sur la compétence de son personnel pour y arriver. C'est pourquoi le présent travail s'intéresse au développement des infirmières de l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

1.2 Présentation du mandat

À cet effet, le mandat confié par la Directrice des soins infirmiers vise:

> **«à identifier clairement les besoins en formation des infirmières détenant un poste à l'urgence afin d'être en mesure, dans un avenir rapproché (d'ici 12 à 18 mois), de bâtir des programmes de formation qui leur permettront d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour s'adapter aux transformations continuelles de leur environnement et de devenir, par le fait même, plus efficaces et efficientes».**

Ce mandat se divise en deux parties.

Premièrement, il s'agit de tracer le portrait professionnel des infirmières qui détiennent actuellement un poste à l'urgence.

Deuxièmement, d'effectuer une analyse de leurs besoins en formation, compte tenu:

- de la constitution actuelle du personnel infirmier à l'urgence;
- du contexte organisationnel;
- des normes et critères de compétence de la profession;
- de l'avenir de la profession au Québec et dans notre centre hospitalier universitaire ultra-spécialisé.

1.3 Annonce du travail

Afin de satisfaire les exigences académiques et organisationnelles de ce projet, voici comment seront présentés les futurs chapitres.

Le chapitre 2 portera sur la situation organisationnelle, sur la problématique, sur les objectifs et les limites de l'étude.

Le chapitre 3 touchera le cadre conceptuel. Les concepts-clés reliés à l'étude seront clairement identifiés ainsi que le choix du modèle théorique.

Le chapitre 4 servira à justifier les choix méthodologiques tandis que le chapitre 5 mettra en évidence l'analyse des données et des résultats ainsi que les liens existant entre ceux-ci et le cadre conceptuel.

Le chapitre 6 sera consacré à la conception de la solution et le chapitre 7 aux recommandations pour la concrétiser.

Une courte conclusion viendra clore ce projet riche en apprentissages.

2. LA DÉFINITION DU PROBLÈME

2. LA DÉFINITION DU PROBLÈME

2.1 Éléments historiques

L'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal fut fondé le 1er juin 1898, jour de la Fête du Sacré-Coeur, par un groupe de femmes laïques du centre-ville de Montréal. Ce petit hôpital modeste accueillait alors une douzaine de malades incurables atteints de phtisie, dysenterie, maladie mentale ou nerveuse, etc.

Ayant pris la relève, quelques semaines après sa fondation, la communauté des Soeurs de la Providence inaugurait, en 1902, un vaste édifice de 375 lits sur le boulevard Décarie. Il était alors connu sous le nom d'Hôpital des Incurables.

L'édifice actuel, situé sur une ancienne ferme du boulevard Gouin, fut érigé en 1926 pour remplacer l'immeuble précédent dévasté par un incendie. Il retrouva, à cette occasion, son nom original d'Hôpital du Sacré-Coeur. Deux spécialités y étaient développées: le traitement des tuberculeux et l'orthopédie. Il conserva sa vocation de sanatorium jusqu'en 1954, année où il devint hôpital général.

L'année 1973 fut le début d'une ère nouvelle. L'hôpital fut officiellement affilié à l'Université de Montréal pour l'enseignement de la médecine et des sciences de la santé. Il acquit alors son statut de centre hospitalier ultra-spécialisé de soins de courte durée et l'Institut Albert-Prévost, fondé en 1919, se fusionna à l'hôpital pour devenir un pavillon réservé au département de

psychiatrie.

2.2 L'Hôpital d'aujourd'hui

L'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal compte maintenant 754 lits au permis. Sa mission consiste, entre autres, à dispenser à la population vieillissante et multiculturelle qu'il dessert des soins de qualité adaptés à leurs besoins grandissants.

Pour réaliser sa mission à l'égard de la prestation des soins, l'hôpital retient les orientations suivantes (Hôpital du Sacré-Coeur, sans date, sans page):

- mettre l'accent sur les soins tertiaires (ultra-spécialisés) dans les secteurs de son expertise actuelle et potentielle (cardiologie, chirurgie, gérontologie, médecine, néphrologie, neurologie, pneumologie, traumatologie, etc.);
- en conformité avec les niveaux de soins retenus, favoriser l'adéquation entre l'offre et la demande pour les soins ambulatoires dispensés à l'urgence et aux cliniques externes;
- assurer la continuité et la complémentarité des soins en poursuivant un objectif d'équilibre pour ses secteurs relevant des soins secondaires;
- mettre l'accent sur les diagnostics et les soins gériatriques et non sur la prestation des soins prolongés;
- de plus, reconnaissant l'importance des objectifs reliés à la prestation des soins spécialisés et ultra-spécialisés auprès des régions éloignées, l'hôpital entend valoriser et intensifier son rôle interrégional auprès des populations des Laurentides, de l'Outaouais et du Nord-Ouest québécois.

Récemment, un document portant sur la révision de la planification stratégique a été déposé au Conseil d'administration (Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, 1993). En plus de fournir les renseignements nécessaires à la priorisation des futures orientations, il trace un portrait clair de la situation vécue à l'Hôpital du Sacré-Coeur, surtout celui des changements qui modifient considérablement l'environnement externe. Seront cités, ici, ceux qui influencent le plus la démarche scientifique appliquée aux soins infirmiers.

Le vieillissement prononcé de la population desservie par l'Hôpital du Sacré-Coeur ainsi que les changements continus au niveau de la disponibilité et de la gamme des services offerts affectent grandement le niveau des besoins de santé des usagers.

La réforme du régime de santé (le citoyen décideur), l'encadrement législatif accru, l'actualisation des modifications apportées au chapitre 42 de la Loi sur la santé et les services sociaux (Annexe A) ainsi que la rationalisation des programmes universitaires bouleversent le contexte législatif.

Le désengagement progressif du gouvernement dans le financement, la rareté et la rationalisation des ressources financières et matérielles, l'importance des problèmes reliés à l'engorgement des urgences alourdissent le contexte économique et politique.

L'évolution des critères de reconnaissance universitaire des programmes

et la réduction du nombre de centres hospitaliers universitaires rendent instable le contexte académique.

D'autres changements perturbent la prestation des soins et des services. L'équilibre entre l'offre et la demande est irréalisable, idéalement parlant. D'un côté, les compressions budgétaires obligent les organismes à réduire les services à la population, et de l'autre, les usagers attendent de plus en plus longtemps avant d'avoir accès à ces services (listes d'attente plus longues).

Afin de comprendre exactement quel sera l'impact de ces changements sur l'organisation, nous présentons le Service de l'urgence du pavillon principal. L'urgence du pavillon Albert-Prévost (pour les usagers traités en psychiatrie) n'est pas traitée dans ce travail.

2.3 Le Service de l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur

Le Service de l'urgence du pavillon principal compte 45 civières à son permis. Il dessert une population de 85 000 habitants répartis au nord de la ville de Montréal et à Laval. De plus, ce service reçoit des transferts des autres centres hospitaliers du Nord du Québec et de Montréal afin que certains usagers soient pris en charge rapidement par certaines spécialités dont la traumatologie, l'hyperbarie, la neurochirurgie, la chirurgie vasculaire et

thoracique, pour n'en citer que quelques-unes.

Depuis 1985, il se présente, en moyenne à l'urgence, de 200 à 225 usagers par jour. Il y a une trentaine d'hospitalisations qui s'effectuent par le biais de l'urgence sur les différentes unités et une moyenne de quatre usagers qui sont admis aux soins intensifs (Bigras, 1992, pp. 3-4).

Il est intéressant de souligner que 35-40% de cette clientèle a plus de 65 ans (Drouin, 1993, p. 16) et que 27.5% de la population desservie par l'Hôpital du Sacré-Coeur ne parle ni le français, ni l'anglais comparativement à 20.9% pour l'ensemble de l'Île de Montréal (Hôpital du Sacré-Coeur, 1993, sans page).

Malgré tous les efforts consentis pour suivre les recommandations du Groupe tactique d'intervention dans les urgences, les problèmes d'engorgement à l'urgence, quoique moins fréquents, demeurent difficiles à éliminer à cause du manque de ressources en terme de lits de soins de courte durée dans l'hôpital. Comme un bon nombre de ces lits sont occupés par des usagers en attente d'hébergement, les durées de séjour à l'urgence augmentent, faute d'accès aux unités de soins.

La rénovation physique des lieux qui commencera à l'été 1994 viendra rendre plus fonctionnel ce service en manque d'espace et d'équipement moderne. L'objectif visé par ces travaux est d'améliorer la prestation des soins aux usagers en leur procurant un environnement plus propice à la récupération de la santé, mais surtout de réduire à 35 le nombre de civières à l'urgence. Cela peut sembler utopique mais le Groupe tactique d'intervention est convaincu que la fin justifie les moyens et que la direction saura relever ce défi en mettant sur pied de nouveaux mécanismes pour accélérer le processus d'admission des usagers sur les unités et ainsi augmenter la qualité des services à l'urgence.

Cette situation crée beaucoup d'incertitude chez les infirmières. Elles constatent que leur rôle sera à tout jamais modifié et que l'organisation même du travail en sera transformée. Elles ont peur et manifestent beaucoup de résistance aux changements. Elles sont habituées à régler les problèmes urgents pour lesquels les usagers se présentent. Les besoins jugés secondaires sont mis de côté, faute de temps (argument le plus fréquemment invoqué).

Toutefois, si l'on se réfère aux postulats du modèle Henderson, la personne forme un tout présentant quatorze besoins fondamentaux (Annexe B) et aussi longtemps que l'un d'eux demeure insatisfait, il en résulte que la

personne n'est pas complète, entière et indépendante.

L'ambiguïté de la situation des infirmières à l'urgence vient du fait que la formation, jusqu'à il y a deux ans, était concentrée presqu'essentiellement sur l'aspect technique des interventions. Pas surprenant que l'intégration de la philosophie des soins infirmiers ne soit pas encore complète. De plus, la notion de professionnalisme a aussi beaucoup évoluée. Les infirmières ne sont pas toutes rendues au même point dans leur démarche professionnelle. Comme l'équipe compte une centaine d'infirmières, il est difficile de rejoindre tout le monde pour uniformiser la pratique.

2.4 Formulation préliminaire du problème

La description de la situation du Service de l'urgence nous amène à préciser la problématique.

Les infirmières détenant un poste à l'urgence ne bénéficient actuellement d'aucun programme spécifique de formation continue pour s'adapter aux nombreux changements environnementaux, organisationnels et professionnels. Afin de supporter le stress que cela engendre, elles se rattachent de toutes leurs forces à leur routine, à ce qu'elles maîtrisent bien.

Pourquoi devraient-elles apprendre à élaborer des plans de soins alors que tous les intervenants conjuguent leurs efforts pour diminuer le temps de séjour des usagers à l'urgence?

Pourquoi devraient-elles observer les principes de base de la relation d'aide et de la communication alors qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires à leur application (temps, lieux adéquats, soutien de personnes-ressources, etc.)?

Pourquoi devraient-elles développer le champ de leurs connaissances en dehors des aspects techniques et curatifs de la profession puisqu'elles se valorisent et sont valorisées par leurs pairs pour la rapidité de leurs réflexes, de leurs interventions et que l'organisation du travail se limite au moment présent, au court terme?

Ce questionnement illustre bien la dualité vécue par les infirmières de l'urgence. Elles sont habiles à exercer leurs fonctions dépendantes (exécuter les ordonnances médicales). Elles savent qu'elles ont aussi des fonctions autonomes à remplir (exemple: établir un plan de soins individualisés pour chaque usager), mais elles n'ont pas encore de gratification à le faire. Ni d'elles-mêmes, ni des autres. Du moins, de ceux dont l'opinion importe (les

usagers, les médecins, les pairs). Leur perception de la compétence n'a pas progressé. Elles ne comprennent pas l'évolution de la demande en soins. Pour beaucoup d'entre elles, les usagers se présentent toujours à l'urgence pour faire *soigner leurs bobos* le plus rapidement possible.

La notion «d'urgence» est tellement forte, qu'elles ont l'impression d'être exemptées de certaines obligations. Pour elles, ce sont des infirmières à part. C'est comme s'il y avait des règles pour les infirmières des unités et d'autres, plus larges, pour les infirmières de l'urgence. Elles vivent un problème d'identité professionnelle.

De plus, l'engorgement répétitif de l'urgence leur fournit un excellent prétexte pour ne pas changer. Comme dans ces moments-là elles sont débordées, elles n'ont de temps que pour faire ce qu'elles aiment: les soins immédiats.

Par contre, il est difficile pour la Direction des soins infirmiers de briser ce cercle vicieux. Le prix à payer pour le subir est lourds à supporter: baisse de la qualité des soins à l'urgence et prise en charge tardive de certains problèmes, ce qui augmentent le temps de séjour de certains usagers sur les unités.

Quelles stratégies devraient adopter la Direction des soins infirmiers afin que les infirmières de l'urgence adaptent leur pratique aux normes et standards de la profession? Quels seraient les moyens à utiliser pour inciter les infirmières à changer leur schème de compétence et à acquérir les connaissances requises pour devenir plus efficaces et efficientes?

C'est dans ce contexte d'ambivalence professionnelle que nous a été confié le présent mandat.

2.5 L'importance de l'étude

Notre étude touche 104 infirmières détenant des postes à temps complet et à temps partiel à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Cette étude s'avère très importante pour la Direction des soins infirmiers, car l'avenir de plusieurs dossiers importants dépend du succès remporté dans la démarche entreprise par l'hôpital pour améliorer le fonctionnement de son urgence. Il ne faut jamais oublier que les infirmières sont à la base des opérations stratégiques reliées à la prestation des soins.

De plus, l'urgence est la principale porte d'entrée des usagers à l'hôpital (60% des usagers sont admis via l'urgence). C'est aux infirmières de l'urgence que revient la responsabilité d'accueillir les usagers et leurs familles, de

déterminer la gravité de leurs problèmes de santé (triage) et de les acheminer au bon endroit, au bon médecin, compte tenu de leurs connaissances, de la complexité de la situation et de l'impact de leur démarche professionnelle sur le devenir de !'usager et de sa famille. Plus les interventions des infirmières à l'urgence sont judicieuses, plus les usagers recouvrent rapidement leur autonomie dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Leur temps de séjour sur les unités est moins prolongé et ainsi, le fonctionnement de tout l'hôpital en entier s'en trouve amélioré.

Plus les malades demeurent longtemps à l'hôpital, moins il y a de lits disponibles pour recevoir les nouveaux usagers et plus l'urgence risque de s'encombrer. Sans compter qu'en de telles circonstances, les unités subissent de fortes pressions pour accélérer le processus congés-admissions et que cela alourdit le travail des infirmières de toutes les unités concernées.

Chaque hôpital a sa culture et son histoire. Ce projet demeure l'une des grandes préoccupations de la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, cependant, il pourra intéresser d'autres établissements. L'analyse qui en sera faite tiendra compte de la culture et du contexte politique, social, environnemental et organisationnel de ce centre hospitalier universitaire ultra-spécialisé. Les recommandations émises pourront

être exportées, de façon nuancée, aux autres organisations.

La revue de la littérature présentée au chapitre suivant expose les divers points de vue retenus pour analyser la problématique et ainsi éclairer les éventuels intéressés.

3. CADRE CONCEPTUEL

3. CADRE CONCEPTUEL

La formation est un sujet d'actualité. Elle a pour objectif général de faire prendre conscience de l'existence d'un potentiel en chaque être humain et de la nécessité de développer ce potentiel tout au long de l'existence.

Selon Brown (1978, p. vii): «Les illettrés de demain seront ceux qui n'auront pas appris comment apprendre». Pas de formation, pas de croissance.

Dans le cadre du présent projet, nous nous limiterons à la «formation en milieu organisationnel». Nous la définirons de façon générale, puis nous nous attarderons plus précisément à celle des infirmières et, en dernier lieu, à celle des infirmières de l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

La consultation de différents auteurs en gestion, le dépouillement des projets d'intervention présentés à l'ENAP portant sur la formation ou sur le milieu hospitalier ainsi que la revue de la littérature sur la profession d'infirmière nous permettra de préciser certains termes, de tracer quelques lignes directrices facilitant la compréhension du sujet et d'identifier les éléments du cadre conceptuel qui seront utilisés.

Le modèle théorique retenu nous permettra de classifier et d'analyser les résultats de l'étude.

3.1 Formation en milieu organisationnel

Sekiou (1992, p. 362) résume la pensée de plusieurs auteurs en définissant la formation en ces termes:

> «La formation est un ensemble d'actions, de moyens, de méthodes et de supports planifiés à l'aide desquels les salariés sont incités à améliorer leurs connaissances, leurs comportements, leurs attitudes, leurs habiletés et leurs capacités mentales nécessaires à la fois pour atteindre les objectifs de l'organisation et ceux qui leur sont personnels ou sociaux, pour s'adapter à leur environnement et pour accomplir, de façon adéquate, leurs tâches actuelles et futures».

Latumba Ntetu (1992, p. 78) reprend, pour sa part, la définition de Bolt (1987) distinguant la formation pure, qui vise à développer le potentiel du travailleur, de la formation qui s'intéresse plus aux résultats, dont les programmes sont conçus pour la mise en oeuvre de la stratégie de l'entreprise et pour l'atteinte de ses objectifs.

En effet, toute organisation engagée dans un processus de croissance comporte une double mission: assurer sa production et garantir le développement de ses employés.

L'Association des hôpitaux du Québec (1988, pp. 80-81) a défini trois types de programmes de formation afin de concilier ces deux missions difficiles. Le tableau suivant les présente.

TABLEAU I

PROGRAMMES DE FORMATION

Les programmes d'orientation

a) **Programme d'orientation générale:** processus par lequel un nouvel employé acquiert les connaissances et les attitudes nécessaires à son intégration au centre hospitalier. Ce programme s'actualise par des activités durant le premier mois suivant l'embauche.

b) **Programme d'initiation au travail:** processus par lequel un employé apprend les fonctions dans un nouveau poste et progressivement les responsabilités inhérentes à ce poste. Ce programme s'actualise habituellement dans le service.

Les programmes d'amélioration du rendement et de l'efficacité organisationnelle

a) **Programme de mise à jour:** processus par lequel un employé apprend les techniques ou les théories nécessaires à la conservation de son poste. Ce programme s'actualise habituellement par des activités ponctuelles organisées dans le service ou la direction en fonction de l'évolution normale de la tâche ou des méthodes de travail.

Occasionnellement, ce programme peut s'actualiser par une participation à une conférence, un colloque, un congrès ou un stage.

b) **Programme de perfectionnement:** processus par lequel un employé améliore sa compétence dans un champ d'activités qui lui est propre et qui est en relation directe avec les besoins de l'établissement. Ce programme s'actualise habituellement par des activités internes ou externes à l'établissement, d'une durée variable selon les besoins. Occasionnellement, ce programme peut s'actualiser par une participation à une conférence, un colloque, un congrès ou un stage.

Le programme de préparation des employés à de nouvelles fonctions

Programme de recyclage: processus par lequel un employé acquiert une formation supplémentaire et/ou nouvelle lui permettant d'occuper un poste où il y a pénurie de main-d'oeuvre ou suite à la disparition ou à la transformation de son poste. Ce programme peut s'actualiser par des congés sans solde pour étude (tel que prévu à la convention collective) ou toute autre activité, à la demande de l'établissement.

En somme, tous ces programmes visent l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services offerts à la population. Mais comme les objectifs de développement individuel sont indissociables des objectifs de l'organisation, il serait aberrant de mettre sur pied des programmes de formation sans tenir compte des besoins de chacune des parties.

3.1.1 Besoins individuels de formation

Comme le rappelait Bédard (1990, pp. 15-27) dans son projet d'intervention, plusieurs auteurs (Maslow, Mc Clelland, Herzberg, etc.) se sont intéressés à la typologie des besoins humains dans l'évolution de la pensée managériale. Nous retenons de ce travail, deux définitions qu'elle emprunte à l'étude de Larouche et Delorme.

Le terme besoins désigne «les états de déséquilibre et d'inconfort éprouvés par l'organisme par rapport à son milieu ambiant» (Larouche et Delorme, 1972, p. 576).

Le terme habiletés réfère «aux outils dont se dote et se sert l'individu pour répondre de façon récurrente aux situations objectives et subjectives qui appellent une action de l'organisme» (Larouche et Delorme, 1972, p. 576).

D'autre part, l'Association des hôpitaux du Québec (1988, p. 76) soutient que «la durée de vie des connaissances acquises lors de la formation de base à un métier ou une profession n'est pas illimitée». De façon générale, l'ensemble des progrès scientifiques en matière de santé va être à la source des

besoins individuels de formation en milieu hospitalier. De plus, l'AHQ précise que les carences au niveau des connaissances (savoir), des habiletés (savoir-faire) ou des attitudes (savoir être) génèrent aussi des besoins spécifiques de formation auxquels il faut répondre afin de permettre à l'individu de conserver son emploi et de répondre adéquatement aux demandes de l'environnement changeant.

En dernier lieu, Ballard (1989, p. 91) résume bien ce que sont les besoins individuels de formation en affirmant qu'ils représentent l'écart entre ce qui est su et ce qui doit être su. Les adultes apprennent parce qu'ils ont de la difficulté à résoudre ou à reconnaître la disparité entre ce qu'ils sont et ce qu'ils veulent être. Tout dirigeant, cherchant l'efficacité de son équipe, ne doit donc offrir aucune forme de formation qui ne soit reliée aux véritables besoins des personnes concernées. D'ailleurs, l'information sur la nature des besoins individuels peut être recueillie à travers des interviews, des questionnaires et l'évaluation du rendement.

3.1.2 Besoins organisationnels de formation

La stratégie globale d'intervention, qui se développe à la fois pour faire face aux changements de la structure, au fonctionnement de l'organisation et au développement à tous les points de vue de cette dernière, va engendrer des besoins organisationnels de formation. Exemple: la qualité totale.

À cet égard, diverses sources de renseignements peuvent s'avérer très utiles. Les données relatives à la planification des ressources humaines et les

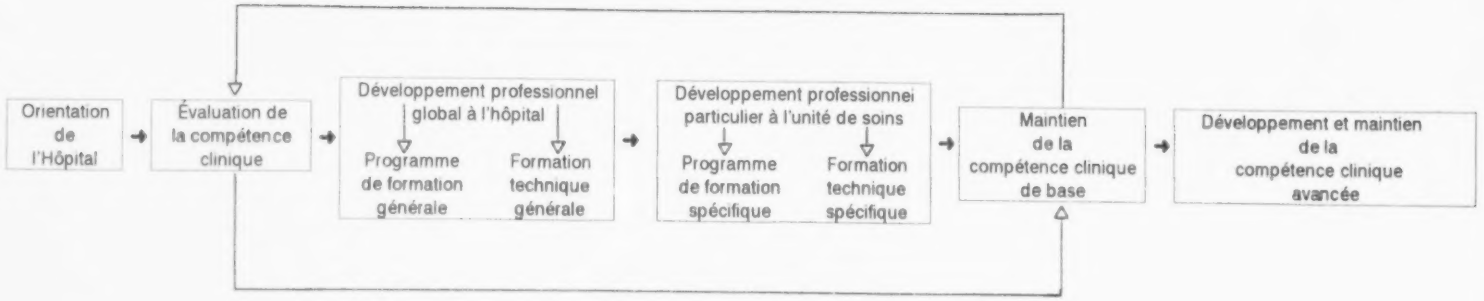
statistiques de productivité des divers groupes professionnels permettent aux gestionnaires de mieux déterminer si la formation constitue le moyen le plus économique et efficace de résoudre les lacunes manifestées. Le rendement peut être déficient pour des raisons autres que le manque de formation. Il ne faut jamais oublier que celle-ci n'est pas le remède à tous les maux.

En conclusion, il faut retenir qu'il existe plusieurs façons de répondre aux besoins identifiés et qu'une bonne analyse s'impose pour établir les priorités tant des besoins que des activités de formation.

3.2 Formation des infirmières

Une fois la formation de base complétée (Diplôme d'études collégiales en techniques infirmières ou Baccalauréat Ès Sciences infirmières), les candidates à l'exercice de la profession ou les infirmières novices doivent intégrer leurs nouveaux rôles au sein de l'organisation choisie. Différents programmes sont conçus pour répondre aux besoins spécifiques reliés à chacune des phases de leur développement professionnel, c'est ce que présente le Tableau 2.

PROTOTYPE DU DÉVELOPPEMENT DES INFIRMIERES



Périodes	**PÉRIODE 1: Probation**	**PÉRIODE 2: Développement et maintien de la compétence de base**	**PÉRIODE 3: Développement et maintien de la compétence avancée**
Variables influentes	1. Type de programme de formation 2. Qualité du programme de formation 3. Nombre d'années d'expérience 4. Type d'expérience de travail 5. Qualité de l'expérience de travail 6. Attentes quant à la performance 7. Politiques et procédures de l'hôpital 8. Protocoles à l'unité de soins 9. Qualité du personnel cadre	1. Résultats de l'évaluation 2. Politiques et procédures de l'hôpital 3. Protocoles à l'unité de soins 4. Nombre d'employés en orientation 5. Affiliations académiques 6. Qualité des directives 7. Qualité de la gestion 8. Qualité des précepteurs 9. Qualité des programmes de formation 10. Performance de l'unité 11. Processus d'évaluation de la performance 12. Lourdeur de la clientèle 13. Personnel 14. Qualité du personnel cadre	1. Autres variables de la période 2 2. Nouveaux programmes de l'hôpital 3. Standards de pratique professionnelle
Types de formation	Programme d'orientation générale	1. Programme d'initiation au travail (orientation à l'unité de soins) 2. Programme de mise à jour 3. Programme de recyclage	Programme de perfectionnement

Tableau 2

Source: Snyder–Halpern (1990, p. 9)
N.B.: Traduit et adapté par Sylvie St–Laurent

3.2.1 Période 1: Probation

L'orientation de l'hôpital est basée sur l'acquisition de la compétence de base qui, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1984, p. 7), se définit ainsi:

> «la qualité d'une infirmière ou d'un infirmier qui exerce sa profession selon les normes d'exercice, c'est-à-dire, possédant les connaissances scientifiques, le jugement et les habiletés nécessaires, s'acquitte adéquatement des tâches inhérentes à ses fonctions d'infirmière ou d'infirmier dans un rôle donné».

L'évaluation de la compétence clinique effectuée par les monitrices durant le programme d'orientation générale sert à déterminer les forces et les faiblesses de l'infirmière et à décider si elle va demeurer ou non au sein de l'organisation. Subséquemment, ses divers apprentissages l'aideront à identifier, par elle-même, ses faiblesses et à les corriger.

Par ailleurs, il est important de noter que les résultats de cette évaluation sont utilisés pour assurer la meilleure coordination possible des habiletés et de l'expérience nécessaires à la prestation des soins. Le processus d'évaluation des forces et des faiblesses des infirmières est omniprésent tout au long de leur développement.

Les variables qui influencent cette période sont présentées au Tableau 2. Il s'agit du type de programme de formation, de sa qualité, du nombre d'années d'expérience, du type d'expérience de travail et de sa qualité, des attentes quant à la performance, des politiques et procédures de l'hôpital, des protocoles

sur chaque unité de soins et de la qualité du personnel cadre.

3.2.2 Période 2: Développement et maintien de la compétence de base

Le développement professionnel global est indiqué pour fournir les connaissances et les habiletés se rattachant à la performance infirmière à travers tous les champs cliniques.

Le développement professionnel particulier à chaque unité de soins se concentre sur le contenu requis pour assurer aux infirmières un niveau de compétence minimum afin de garantir la prestation sécuritaire des soins aux usagers sur une unité clinique déterminée. Pour ce faire, chaque unité doit bâtir son propre programme d'orientation (programme d'initiation au travail) et le faire connaître aux précepteurs (monitrices) et à l'ensemble du personnel afin de soutenir l'intégration des novices.

Quand la constitution du personnel et de l'équipement est complétée, la formation donnée a pour but de maintenir et de développer le niveau de compétence des infirmières en place. Les programmes en cause sont: les programmes de mise à jour et de recyclage.

Dans un cas comme dans l'autre (développement professionnel global à l'hôpital ou particulier à une unité de soins), l'évaluation de la compétence doit reposer sur des critères clairs qui tiennent compte des normes et standards de la profession et des protocoles en vigueur sur chaque unité. De plus, les règles qui guident la pratique doivent être clairement identifiées et scrupuleusement

suivies à travers toutes les unités de l'organisation.

Pour terminer, il faut toujours garder en tête que le développement et le maintien de la compétence clinique est un long processus influencé par les variables suivantes: les résultats de l'évaluation, les politiques et procédures de l'hôpital, les protocoles à l'unité de soins, le nombre d'employés en orientation, les affiliations académiques, la qualité des directives, de la gestion, des précepteurs, des programmes de formation, la performance de l'unité, le processus d'évaluation de la performance, la lourdeur de la clientèle, le personnel et la qualité du personnel cadre (Tableau 2).

3.2.3 Période 3: Développement et maintien de la compétence avancée

Dans un environnement instable, une infirmière peut être amenée à jouir d'un nouveau rôle qui requiert de nouvelles habiletés. Elle se trouve alors en situation de déséquilibre et nécessite, par le fait même, de la formation pour répondre à ses nouveaux besoins (programme de perfectionnement). Plusieurs sessions périodiques peuvent être consacrées à l'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés. Ces sessions peuvent aussi être utilisées pour valider les acquis et mettre en pratique ce qui a été enseigné.

En fait, l'une des composantes qui incite les infirmières à progresser du stade de novice à experte est l'assurance de la qualité. Les standards de qualité progressent avec la société, selon le contexte politique et organisationnel. Toute professionnelle qui se respecte doit en tenir compte si elle projette d'accéder à des postes avec un plus haut niveau de responsabilités

BIBLIOTHÈQUE - ENAP

et si elle sert de modèle pour les autres.

Les variables qui influencent alors son développement sont toutes celles énumérées dans la période 2 (développement et maintien de la compétence de base) ainsi que les nouveaux programmes de l'hôpital et les standards de pratique professionnelle.

3.2.4 Cheminement vers l'expertise des infirmières

Frenette-Leclerc (1992, pp. 48-54) s'est beaucoup intéressée au phénomène du développement professionnel des infirmières praticiennes. Elle s'est servie d'une version tirée des travaux de Dreyfus (1979, 1986) et Benner (1984) et l'a adaptée au contexte québécois afin d'illustrer à son tour le modèle de différentiation des étapes du cheminement vers l'expertise.

Ce tableau est incorporé ici afin de bien illustrer jusqu'où peuvent s'étendre les possibilités d'évolution des infirmières.

TABLEAU 3

MODÈLE DE DIFFÉRENTIATION DES ÉTAPES DU CHEMINEMENT VERS L'EXPERTISE (VERSION TIRÉE DE DREYFUS ET BENNER)

Novice

Personne qui, n'ayant aucune expérience de situations réelles, dépend entièrement des règles qui lui ont été enseignées pour accomplir la tâche. Suivre des règles a cependant des limites: aucune règle ne peut indiquer à la personne novice ce qui est le plus important dans une situation réelle, ni dans quels cas il faut faire exception aux règles. Cette étape est caractérisée par une grande insécurité.

Débutante

Personne qui a rencontré suffisamment de situations réelles pour avoir noté (ou s'être fait démontrer) la signification de certains «aspects» isolés, caractéristiques de la situation.
La personne débutante a besoin d'aide pour établir des priorités, puisqu'elle agit selon les règles apprises et qu'elle commence seulement à percevoir la signification des aspects caractéristiques des situations qu'elle rencontre. Les difficultés sont d'autant plus importantes que la situation est complexe et nouvelle.

Compétente

Personne qui a typiquement deux ou trois années d'expérience dans un domaine particulier. Elle peut tenir compte des buts à long terme et de la planification qu'elle a faite pour déterminer quels aspects d'une situation sont importants et lesquels elle peut ignorer. La personne compétente n'a pas encore la rapidité et la flexibilité qu'elle atteindra au stade suivant, mais elle sent qu'elle maîtrise la situation et qu'elle est efficace dans la plupart des cas.

Performante

Personne qui perçoit les situations de façon globale plutôt qu'en terme «d'aspects». Elle reconnaît des exemples de situations réelles. Il s'agit d'un changement qualitatif dans la perception. La compréhension globale facilite la prise de décision, puisque la personne saisit parmi les différents aspects ceux qui sont importants.
La personne «performante» émet un nombre limité d'hypothèses de solution et se centre sur l'aspect important de la situation. Elle effectue un raisonnement conscient pour en arriver à la prise de décision.

Experte

Personne qui ne dépend plus du raisonnement conscient pour passer de la compréhension d'une situation à la prise de décision. L'experte qui a un bagage imposant d'exemples de situations réelles a une «reconnaissance» intuitive de la situation et se centre immédiatement sur les aspects importants sans formuler d'hypothèses non productives. Elle voit spontanément ce qu'elle doit faire, sans avoir à le raisonner de façon consciente.

Source: Frenette-Leclerc (1992, p.51)

3.3 Formation des infirmières à l'urgence

Dans un article récent, Hawley (1992, p. 211) révèle que les trois plus grandes sources de stress vécues par 104 infirmières travaillant dans les urgences de quatre grands centres hospitaliers canadiens sont:

1) le personnel (infirmières, médecins) inadéquat (insuffisant ou incompétent);
2) les cas critiques (arrêts cardiaques, volume incontrôlable de la clientèle, les usagers en danger de mort, les usagers et les familles en crise, qui ne collaborent pas, etc.);
3) les relations interpersonnelles tendues.

Elle affirme aussi que la création d'un milieu de travail plus supportant, qui promouvoit la croissance professionnelle, aide à réduire le stress au travail des infirmières à l'urgence.

Il est donc essentiel de bien cerner les enjeux de la formation des infirmières à l'urgence afin d'être en mesure de les aider à améliorer leur bien-être personnel, leur efficacité et leur efficience ainsi que le climat de travail en général.

Selon l'Emergency Nurses Association (1989, pp. 361-364), l'expertise des infirmières (sur les différentes unités de soins) est déterminée en fonction de l'un des éléments suivants:

- système corporel spécifique;
- évolution de la maladie/problème particulier;
- organisation de la prestation des soins;
- groupe d'âge;
- population ciblée (tels que les soins reliés à la santé des femmes).

Les soins infirmiers à l'urgence ajoutent, à tous les éléments ci-haut mentionnés, la gamme de soins liés à la prévention et au traitement des maladies et les premiers soins aux polytraumatisés (personnes agressées, blessées, brûlées, écrasées, mutilées, etc.). La variété de soins à dispenser à l'urgence prend donc beaucoup d'ampleur.

Les problèmes perçus sont actuels ou potentiels, soudains ou urgents, physiques ou psychosociaux, épisodiques ou aigus et se présentent de diverses façons.

Les infirmières interagissent avec les usagers, les familles, les autres professionnels de la santé et divers représentants de la communauté (exemple: les policiers).

Comme nous sommes à même de le constater, les soins infirmiers à l'urgence sont multidimensionnels, c'est ce qu'exprime la Figure 1.

DIMENSIONS DES SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

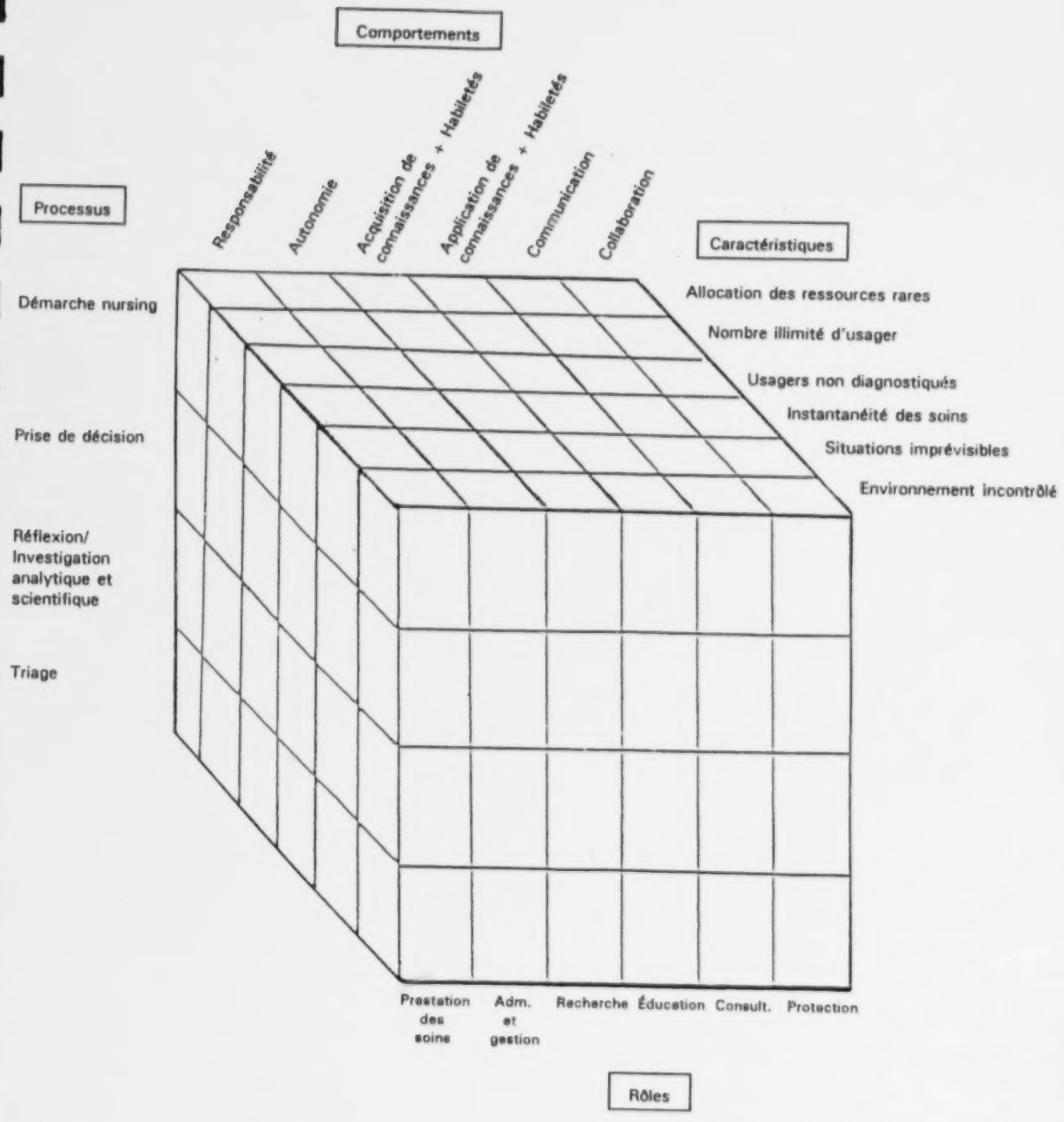


FIGURE 1: Aspects multidimensionnels des soins infirmiers à l'urgence

Source: Emergency Nurses Association (1989, p. 362)
N.B.: Traduit et adapté par Sylvie St-Laurent.

L'Emergency Nurses Association (1989, p. 363-364) précise que les dimensions des soins infirmiers à l'urgence incluent certaines responsabilités, fonctions et habiletés inhérentes à un bagage de connaissances spécifiques. De plus, ces dimensions se manifestent à travers les caractéristiques, les rôles, les processus et les comportements propres aux soins infirmiers à l'urgence.

- **Les caractéristiques**

Les caractéristiques uniques à la pratique des soins infirmiers à l'urgence incluent:

- l'évaluation, le diagnostic et le traitement d'usagers de tout âge, en nombre illimité, nécessitant des soins de maintien ou de réanimation pour une variété de traumatismes et de maladies souvent complexes;
- le triage et la priorisation des cas;
- la stabilisation;
- la préparation à intervenir quel que soit le type de désastres (interne ou externe);
- les interventions en situation de crise (auprès de survivantes d'assauts sexuels par exemple).

D'autres caractéristiques viennent aussi compliquer le tableau: l'allocation des ressources limitées, les facteurs géographiques et démographiques, la sévérité des cas, les usagers non identifiés, aux antécédents familiaux inconnus, etc.

- **Les rôles**

Les différents rôles tenus par les infirmières sont reliés à la prestation des soins aux usagers, à l'administration et à la gestion (des cas, des ressources, des espaces, etc.), à la recherche en soins infirmiers, à l'éducation de la clientèle, à la consultation des pairs et des autres professionnels de la santé impliqués à l'urgence et à la protection du public.

- **Les processus**

De par sa nature, la pratique des soins infirmiers à l'urgence est systématique. Plusieurs processus sont mis en cause: la démarche en soins infirmiers, la prise de décision, la réflexion ainsi que l'investigation analytique et scientifique, et le triage.

- **Les comportements**

Les comportements professionnels inhérents à la pratique des soins infirmiers à l'urgence découlent de l'acquisition et de l'application d'un ensemble de connaissances et d'habiletés spécialisées, de la responsabilité, de la communication, de l'autonomie et de la collaboration (au sein des équipes multidisciplinaires, avec les autres unités, services, etc.).

La pratique des soins infirmiers à l'urgence comportent également des limites externes et internes. Les limites externes ont trait à la législation, à la réglementation, aux demandes de la société face à la qualité des soins à l'urgence, au climat économique et aux nouvelles tendances dans la prestation des soins. Les politiques gouvernementales, les lois qui régissent les

professions médicale et infirmière, les exigences du Groupe tactique d'intervention dans les urgences et les conventions collectives servent pareillement de base pour établir la pratique infirmière et pour assurer la sécurité des usagers.

D'autre part, les limites internes sont définies par les politiques et procédures institutionnelles et départementales, par les programmes d'assurance de la qualité, par les normes et critères de la profession, par le code d'éthique des infirmières, par les contraintes reliées à la pratique des soins infirmiers à l'urgence (la force de l'équipe soignante, les ressources humaines, financières et matérielles disponibles, les techniques en vigueur, etc.).

Un changement dans les limites externes induit presque automatiquement un changement dans les limites internes (exemple: comme nous l'avons vu au point 2.2, un changement dans les politiques gouvernementales peut occasionner de sérieuses coupures budgétaires affectant la prestation des services). Les environnements externes et internes sont en perpétuelle évolution.

De plus, l'urgence est un milieu dynamique où s'entrecroisent une grande variété de professionnels appartenant ou non à l'organisation (exemple: ambulanciers de Urgence Santé), ayant des objectifs différents, mais partageant tous le même but: le recouvrement de la santé par les usagers.

L'infirmière de l'urgence se doit donc d'entretenir des relations

professionnelles avec ces intervenants et de développer un réseau de communication avec les autres organismes de santé (autres centres hospitaliers où sont référés certains usagers).

En résumé, l'infirmière à l'urgence doit maintenir ses connaissances à jour afin d'améliorer constamment la prestation des soins aux usagers sous les volets de l'éducation, de l'administration, de la consultation et de la collaboration tant au niveau de la pratique infirmière, de la recherche et des décisions politiques.

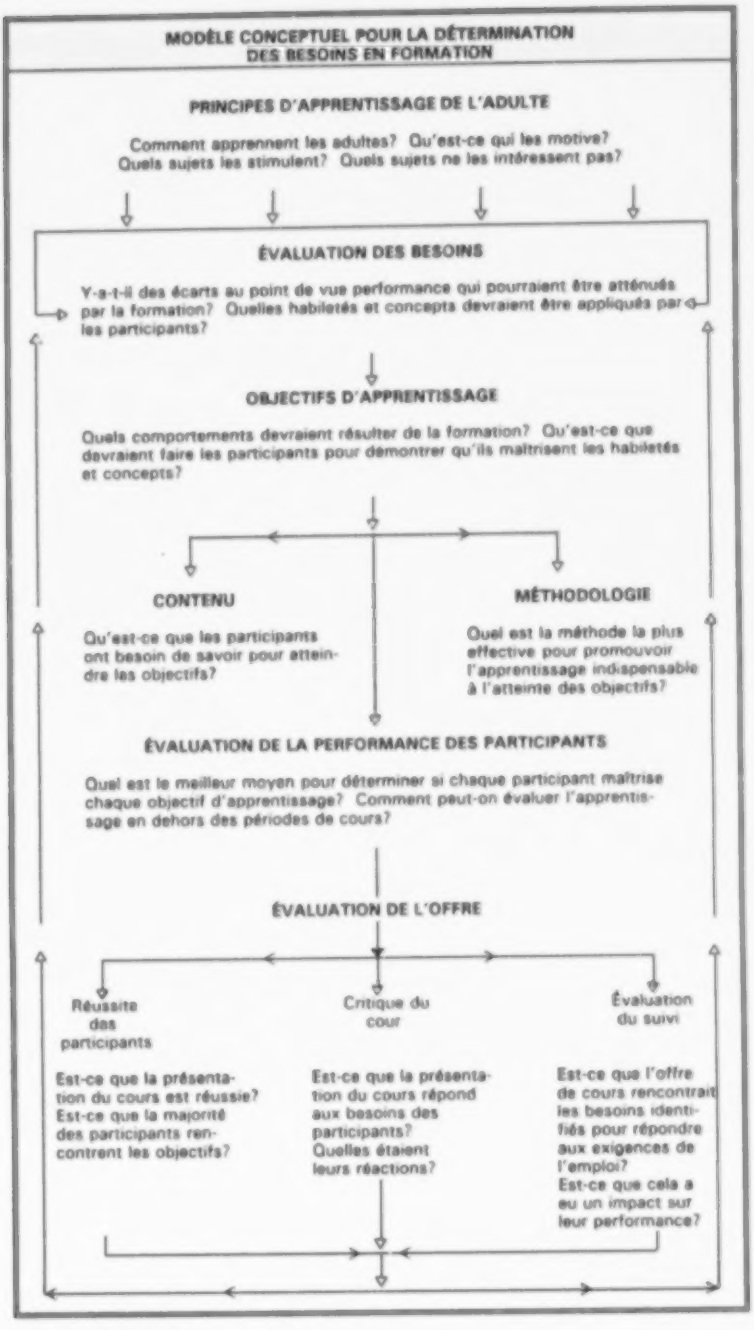
Une des responsabilités de l'organisation est de la soutenir dans cette démarche et de lui offrir la formation qui l'aidera à combler ses besoins et à augmenter ses compétences.

3.4 Évaluation des besoins de formation

Nous avons vu plus haut que la formation doit absolument tenir compte des véritables besoins des personnes concernées. L'objectif de l'évaluation et de l'analyse des besoins en formation visera donc à déterminer s'il y a un manque de compétence chez les infirmières à l'urgence et à découvrir les défis auxquels l'organisation aura à faire face.

Pour réaliser cet objectif, une partie du modèle conceptuel pour la détermination des besoins en formation élaboré par Ballard (1989, p. 94), nous servira de guide (Tableau 4). En fait, les interrogations auxquelles nous devrons répondre s'arrêteront au contenu et à la méthodologie, car le mandat confié n'inclut pas l'élaboration du programme de formation.

TABLEAU 4



Source: Ballard (1989, p. 94)
N.B.: Traduit et adapté par Sylvie St-Laurent

3.4.1 Principes d'apprentissage de l'adulte

Plusieurs auteurs (Knowles, Linderman, etc.) se sont intéressés aux principes d'apprentissage de l'adulte. Selon Gerrish (1990, p. 122):

- «Les adultes sont motivés à apprendre, s'ils peuvent appliquer dans leurs tâches quotidiennes les connaissances et les habilités acquises durant la formation.
- L'orientation des cours doit être centrée sur les situations de la vie plutôt qu'essentiellement sur la théorie.
- Les expériences vécues par les adultes servent de points de référence. Aussi, les méthodes d'enseignement devraient être basées sur l'analyse de ces expériences.
- Les adultes ont un profond besoin de s'autodiriger. Le rôle du professeur est d'engager un processus d'échange mutuel d'information avec les participants plutôt que de leur transmettre intégralement ses propres connaissances.
- Les différences individuelles entre les gens croissent avec l'âge. Par conséquent, la formation doit tenir compte des différences de style, de temps, de lieux et d'endroits pour apprendre».

La méthode que nous retiendrons pour connaître ce qui stimule les infirmières de l'urgence à apprendre devra donc tenir compte de ces principes et être à même d'illustrer où elles en sont rendues dans leur développement professionnel (Voir les tableaux 2 et 3 présentés antérieurement).

3.4.2 Évaluation des besoins et des objectifs d'apprentissage

Avant d'évaluer les besoins de formation des infirmières à l'urgence, nous commencerons par déterminer quelles sont les connaissances scientifiques et professionnelles ainsi que les habiletés qu'elles doivent posséder pour remplir

leur rôle à l'urgence. Nous devons tenir compte des normes et critères de la profession ainsi que de leur description de tâches (Annexe C) et des dimensions des soins infirmiers à l'urgence (Voir point 3.3).

La méthode choisie devra donc:

- permettre aux infirmières d'évaluer leur performance à l'aide des critères retenus;
- nous permettre de détecter leurs forces et leurs faiblesses afin de déterminer les futurs objectifs d'apprentissage et les meilleurs moyens pour promouvoir l'apprentissage indispensable à l'atteinte des objectifs.

3.5 Conclusion

Nous avons vu au cours de ce chapitre que l'infirmière est une professionnelle autonome qui doit assumer plusieurs responsabilités professionnelles dont celle de maintenir sa compétence. Elle doit reconnaître et travailler avec la nature changeante de la société, les changements systémiques, organisationnels, politiques, etc.

En conséquence, la formation se doit d'être un lieu privilégié où se prépare l'avenir. Elle doit donner la possibilité à chaque infirmière d'exercer de façon satisfaisante, pour elle-même et pour l'entreprise, les tâches qui lui sont attribuées et de diversifier ses habiletés. La formation se doit aussi de promouvoir la compétence, le développement du leadership et la valorisation du personnel.

En impliquant les infirmières dans la démarche d'évaluation des besoins en formation, nous leur permettons de partager leurs problèmes et de participer à la recherche de solutions. Nous reconnaissons leur intelligence et leur capacité à agir.

Le chapitre suivant s'emploiera à expliquer les moyens utilisés pour recueillir les informations nécessaires pour déterminer le plus justement possible les besoins de formation des infirmières à l'urgence.

4. MÉTHODOLOGIE

4. MÉTHODOLOGIE

La réussite du projet d'intervention repose, pour une bonne partie, sur le choix de la méthodologie. Le processus d'analyse de la problématique se veut structuré, rigoureux et logique. Plusieurs aspects doivent être envisagés. Les méthodes utilisées doivent faciliter l'atteinte de l'objectif tout en respectant la culture de l'organisme mandataire et le contexte organisationnel durant le déroulement du projet.

En fait, les différentes étapes de la démarche consistent:

- en l'étude de certains documents (interne et externe) concernant l'organisation, les soins infirmiers, le Service de l'urgence et la formation en milieu organisationnel;
- à des entrevues avec les dirigeants de l'urgence et certains intervenants impliqués dans ce secteur;
- à adresser le questionnaire aux infirmières détenant un poste à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

De plus, des explications sur l'échantillonnage, la collecte de données, le traitement des informations recueillies et sur les limites de l'étude compléteront le tout.

4.1 L'étude de documents

Afin d'avoir une vision objective du problème, nous tenons à connaître

le point de vue de l'organisation et des infirmières de l'urgence.

En ce qui concerne l'organisation, plusieurs documents disponibles à l'interne sont consultés:

- manuel de gestion de la Direction des soins infirmiers;
- manuel de gestion de l'urgence;
- documents sur les normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers au Québec (1985);
- rapport de la visite de surveillance générale de l'exercice de la profession (1993);
- guide pour élaborer une politique locale de formation et de développement des ressources humaines (1987);
- statistiques produites par l'urgence pour les différentes directions (1993-1994);
- planification stratégique (révision 1994-1997).

Les manuels de gestion traitent de la mission, de la philosophie, de la constitution du personnel ainsi que des activités de chacun des services.

Le document sur les normes et critères de compétence guide les infirmières dans l'exercice de leur pratique.

Le rapport de la visite de surveillance générale de l'exercice de la profession présente les résultats de l'atteinte de normes et de critères de

compétence de l'exercice de la profession par les infirmières cadres et non cadres de l'hôpital.

Le guide pour élaborer une politique locale de formation et de développement des ressources humaines propose une démarche afin que chaque centre hospitalier:

- identifie ses responsabilités et obligations (cadre légal et normatif);
- considère les différents événements ou facteurs de l'environnement qui peuvent influencer leur choix;
- identifie les forces et les faiblesses en formation des ressources humaines et dans les systèmes existants qui ont de l'impact sur leur politique.

Les statistiques produites par l'urgence donnent, pour chaque période administrative (28 jours), le nombre d'admissions et d'hospitalisations par spécialité ainsi que la durée de séjour des usagers à l'urgence.

Finalement, la planification stratégique (révision 1994-1997) révise les créneaux d'expertise reliés à la mission de l'hôpital, définit les assises décisionnelles, identifie et priorise les orientations fondamentales.

4.2 L'entrevue

La méthode de l'entrevue est retenue pour les dirigeants et les intervenants reliés au secteur de l'urgence, car elle donne plus de latitude aux

répondants, l'information informelle clarifiant souvent l'information formelle.

Afin de permettre aux participants de préparer leurs réponses, les deux questions ouvertes sont posées par téléphone, au moment où l'auteure de l'étude fixe avec eux un rendez-vous. Quand la rencontre a lieu, les informations sont colligées par l'auteure sur le questionnaire (un exemplaire est présenté à l'annexe D).

La Directrice des soins infirmiers, le Président sortant de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec, l'Infirmière-chef en poste ainsi que celle qui la précédait, le Coordonnateur médical ainsi que le Chef de service de l'urgence du pavillon principal (2 médecins) sont sélectionnés parce qu'ils connaissent très bien la problématique et le fonctionnement de l'urgence. Possédant des formations professionnelles différentes et des expériences variées, ils permettent à l'auteure d'avoir une vision multidimensionnelle de la problématique.

Il est à noter que l'infirmière siégeant sur le Groupe tactique d'intervention dans les urgences fut rejointe ultérieurement par téléphone. Elle n'avait aucun commentaire spécifique à formuler sur la compétence des infirmières à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur. Elle nous précisa que le mandat du Groupe tactique se limite à identifier les problèmes d'organisation et de fonctionnement des salles d'urgence et à formuler des recommandations quant aux correctifs à apporter et aux mesures à prendre.

4.3 Le questionnaire

Le point de vue des infirmières détentrices de postes à temps complet et à temps partiel à l'urgence du pavillon principal est vérifié par un questionnaire.

Comme l'outil utilisé actuellement à l'hôpital pour évaluer la compétence des infirmières est imprécis, il est difficile de déterminer leurs besoins spécifiques de formation. Une revue succincte des formulaires disponibles dans les secteurs public et privé est donc entreprise afin de constater comment on s'y prend, ailleurs, pour évaluer la compétence des professionnels.

Cette recherche nous permet de constater que plusieurs entreprises élaborent un profil de compétence se rapportant à chacun des domaines professionnels visés. Cette idée est retenue car elle est facile à exploiter.

4.3.1 Règles d'élaboration

Le questionnaire se divise en cinq parties:

I) les données démographiques;
II) les données relatives à l'emploi;
III) le profil de compétence en soins infirmiers à l'urgence;
IV) les suggestions des infirmières pour des sujets spécifiques de formation non abordés dans le questionnaire;
V) les suggestions des infirmières pour des méthodes pédagogiques qu'elles aimeraient expérimenter.

Les données démographiques et relatives à l'emploi tracent le portrait professionnel des infirmières à l'urgence.

Le profil de compétence en soins infirmiers proposé trace un portrait idéal de l'infirmière à l'urgence. En s'évaluant par rapport à cet idéal, l'infirmière détermine ses forces et ses faiblesses. À partir du moment où elle éprouve de la difficulté à adopter certains comportements et qu'elle en identifie la cause, elle nous donne des pistes pour identifier les besoins de formation ou pour solutionner certains problèmes.

Pour bâtir le profil de compétence des infirmières, nous nous inspirons de la méthode du Holland College (1969), adaptée par Tremblay (1990), et du profil de compétence proposé par Gagné, Langevin, Sartori et Combes (1988) car cette manière de procéder nous permettra de répondre aux questions répertoriées dans les quatre premières séquences du «Modèle conceptuel pour la détermination des besoins en formation» (Tableau 4).

Nous déterminons d'abord les champs de compétence (regroupements logiques et cohérents d'habiletés) des infirmières à l'urgence. Puis, le livret, publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1985), expliquant les normes et critères de la profession, sert de base pour identifier les habiletés générales et spécifiques se rapportant à chacun des champs.

Les habiletés retenues sont énoncées en terme de comportements. Les six règles, tirées de l'adaptation de Tremblay (1990, p. 10-11), sont

appliquées. Toutefois, l'auteure les exprime de façon différente pour mieux les intégrer dans ce projet:

- les comportements observables sont formulés par des verbes d'action;
- la formulation explicite des habiletés évite les interprétations différentes ou les glissements de sens;
- les habiletés identifiées répondent aux besoins présents/futurs du marché du travail;
- les habiletés retenues reflètent les exigences de la pratique en soins infirmiers à l'urgence;
- les habiletés définies touchent l'ensemble des applications du savoir, des connaissances et des théories jugées importantes en soins infirmiers;
- la terminologie en usage dans le milieu de travail est respectée de façon à être significative pour toutes les infirmières en place.

Nous choisissons de rédiger le texte du profil en utilisant le "Je", car cet exercice d'auto-évaluation se veut personnalisé. Nous voulons que les infirmières s'engagent vraiment dans cet examen introspectif dirigé.

Le tableau qui suit présente les champs de compétence composant le profil de compétence en soins infirmiers à l'urgence et les questions qui s'y rattachent. Le questionnaire se compose de 102 questions (comportements).

TABLEAU 5

CHAMPS DE COMPÉTENCE ET QUESTIONS

Champs de compétence	Questions
1. Leadership	1.1 à 1.5
2. Travail en équipe	2.1 à 2.9
3. Communication orale	3.1 à 3.8
4. Communication écrite	4.1 à 4.6
5. Esprit d'analyse	5.1 à 5.4
6. Adaptation au changement	6.1 à 6.4
7. Innovation	7.1 à 7.7
8. Planification	8.1 à 8.5
9. Organisation	9.1 à 9.5
10. Contrôle et évaluation	10.1 à 10.9
11. Délégation	11.1 à 11.4
12. Développement	12.1 à 12.8

4.3.2 Validation du questionnaire

La compréhension du questionnaire et l'exactitude du vocabulaire utilisé sont vérifiées par un prétest. Les personnes choisies, dont la formation académique diffère, sont: la Directrice adjointe des soins infirmiers, deux conseillères à la Direction des soins infirmiers, deux infirmières-chefs et quatre infirmières soignantes.

Cela permet aussi à l'auteure d'évaluer le temps requis pour répondre au questionnaire et d'effectuer les changements recommandés pour éliminer les sources d'ambiguïté.

4.4 L'échantillonnage

Abstraction faite des infirmières en vacances, en congés sans solde, non requises au travail durant la période du 14 février au 1er mars 1994 et des postes non comblés, le questionnaire est distribué à 75 infirmières détentrices de postes à l'urgence du pavillon principal (sur un maximum de 104). Compte tenu du nombre restreint d'infirmières visées par cette étude, aucune technique d'échantillonnage n'est utilisée. Nous considérons que les probabilités d'obtenir des résultats représentatifs et significatifs demeurent excellentes.

4.5 La collecte de données

Des rencontres sont tenues sur les trois quarts de travail par l'auteure et l'infirmière-chef de l'urgence afin d'expliquer aux infirmières le déroulement du projet. Nous profitons de cette occasion pour distribuer le questionnaire.

Compte tenu de la situation difficile vécue à l'urgence à cette période (engorgement presque permanent) et des mesures prises par le personnel pour contester les mauvaises conditions de travail qui en découlent, il est entendu que les infirmières compléteraient le questionnaire à la maison et qu'elles le retourneraient à l'auteure, par l'entremise de l'infirmière-chef, dans un délai de quinze jours.

4.6 Le traitement des informations recueillies

Les informations recueillies au cours des entrevues avec les dirigeants et les intervenants impliqués à l'urgence sont colligées par l'auteure. Les principales idées sont dégagées afin de mettre en lumière les éléments reliés à

la problématique.

Les informations concernant les données démographiques, les données relatives à l'emploi et le profil de compétence en soins infirmiers à l'urgence sont traitées par informatique. Nous analysons chaque champ de compétence en regroupant les réponses obtenues selon la formation académique, les années d'expérience en tant qu'infirmière, les années d'expérience à l'urgence, le poste ococupé (temps complet, temps partiel) et les horaires de travail.

Les informations touchant la justification de certaines difficultés (le pourquoi?), les sujets de formation désirés par les infirmières et les méthodes pédagogiques à explorer sont compilées par l'auteure. Les opinions ou suggestions émises le plus souvent sont analysées dans le but de donner de la consistance à nos futures recommandations.

4.7 Les limites de l'étude

Nous sommes convaincus de l'honnêteté des infirmières de l'urgence. Même s'il est mentionné, lors des rencontres, que l'activité d'auto-évaluation est individuelle, rien ne peut nous garantir que certaines d'entre elles ne consulteront pas leurs pairs afin d'avoir leur opinion au sujet de certaines questions.

Comme nous le précisons dans la formulation préliminaire du problème (point 2.4), la valorisation de la compétence technique est très forte à l'urgence. L'acceptation d'un nouveau membre par l'équipe repose en partie

sur sa capacité à performer sur le plan technique. Jusqu'à quel point peuvent-elles se sentir menacées par ce nouveau profil de compétence en soins infirmiers à l'urgence? C'est ce que nous essaierons de découvrir au cours de l'analyse des données.

5. ANALYSE DES DONNÉES

5. ANALYSE DES DONNÉES

Ce chapitre est consacré à l'analyse des données recueillies au cours des différentes étapes de la démarche. Seuls les points jugés essentiels à la recherche de solutions sont abordés par l'auteure. Un effort particulier est déployé pour considérer la problématique dans une perspective globale et multidimensionnelle.

5.1 Revue des documents

Plusieurs facteurs affectent l'exercice de la profession. Souvent, les résultats obtenus dépendent des orientations choisies, des décisions prises et des structures mises en place pour réaliser les objectifs fixés.

Les paragraphes qui suivent résument certaines constatations de faits, enregistrées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1993, pp. 9, 34-35), qui peuvent expliquer la performance des infirmières de l'Hôpital du Sacré-Coeur quant à l'atteinte des normes et critères de la profession.

Dans un premier temps, nous allons nous attarder aux grandes forces de ces infirmières. Selon les enquêteures de l'Ordre, elles font preuve d'une grande habileté à communiquer et ce, même dans un contexte où le rythme est rapide et peu propice à la confidence. Elles connaissent bien les principes de la relation d'aide et les observent auprès des usagers en difficulté. Malgré le peu de temps disponible, elles s'arrêtent pour écouter ce qu'ils expriment. Elles sont capables de faire préciser le problème et d'offrir une attitude aidante. Des

efforts louables sont faits pour offrir de l'enseignement à l'usager et à sa famille. Toutefois, il n'existe aucun programme structuré d'enseignement à l'urgence et les infirmières se limitent à donner de l'information ponctuelle. Ce qui nous amène, dans un deuxième temps, à parler des faiblesses.

Les infirmières éprouvent de la difficulté à assurer la continuité des soins parce qu'elles investissent peu de temps et d'énergie dans la communication écrite. C'est l'une de leurs plus grandes faiblesses.

Par contre, au niveau de la collecte de données en soins infirmiers, l'instrument utilisé ne favorise pas l'élaboration de réponses explicites favorisant l'implication de la famille ou des amis dans les soins. L'instrument devrait être amélioré tant dans sa forme que dans la qualité de son contenu.

D'autre part, comme les données ne sont pas recueillies ou mises à jour, il est difficile d'établir une congruence entre la collecte de données, le plan de soins et les notes d'observation. Les outils utilisés à l'urgence pour inscrire les notes d'observation sont inadéquats. L'organisation des écrits met l'emphase sur l'inscription des paramètres vitaux et des médicaments sans prévoir l'espace suffisant pour décrire les observations de l'infirmière.

D'autres commentaires négatifs sont émis. La description des fonctions de l'infirmière (Annexe C) respecte les normes et critères de compétence mais il n'est jamais question de la relation d'aide qu'elle doit établir avec l'usager et sa famille (manque de congruence avec la philosophie de soins).

En dernier lieu, même si plusieurs activités ponctuelles d'appréciation de la qualité des soins sont réalisées, il n'existe aucun programme précis pour améliorer la qualité des soins dans son ensemble.

Maintenant, si nous jetons un coup d'oeil à la planification stratégique (Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, pp. 21-23), nous découvrons que les grands enjeux pour les années 1994-1997 sont:

- l'évaluation, l'amélioration et le maintien des soins et des services;
- le maintien de l'accessibilité des services dans un contexte de restrictions budgétaires;
- le partenariat avec les usagers et les familles dans un contexte de promotion de la santé;
- l'implication du personnel et de leurs représentants pour stimuler l'amélioration continue des services par le développement des ressources humaines.

Plusieurs éléments de réflexion sont aussi proposés. Au niveau des usagers, une approche globale de la personne soignée est à développer (respect de sa dignité, de ses besoins spirituels, de ses valeurs, de ses origines, etc.). Au niveau des ressources humaines, il faut encourager l'implication et la valorisation du personnel dans l'organisation du travail. Au niveau de la recherche, il faut développer une thématique de recherche en soins d'urgence et en traumatologie. De plus, il serait intéressant de développer des projets de recherche en soins infirmiers conjointement avec des chercheurs affiliés à

d'autres centres hospitaliers et à d'autres universités. Il faut aussi poursuivre les efforts pour éliminer les problèmes d'encombrement à l'urgence et améliorer la prestation des soins auprès de la personne âgée (soins gériatriques).

5.2 Les entrevues

À la question «Qu'est-ce qu'une infirmière compétente à l'urgence?», les dirigeants et les médecins oeuvrant dans ce secteur s'entendent tous à dire que l'infirmière qui travaille à l'urgence doit avoir du caractère, tout en sachant allier souplesse et mobilité.

C'est en plus une professionnelle autonome qui possède de bonnes connaissances sur la physiologie humaine, sur les différentes pathologies et sur le réseau de la santé en général. Elle a un bon sens de l'observation et un esprit d'analyse développé qui va lui permettre d'établir ses priorités à partir des liens qu'elle fait entre ses observations et l'état de santé de l'usager. Elle sait prendre des initiatives, des décisions tout en prévoyant les conséquences de ses gestes. Elle est franche, dynamique et organisée. Elle a beaucoup de sang froid, d'intuition clinique. Elle est tolérante au stress et le gère bien. Elle a un esprit d'équipe certain. Elle est habile à communiquer (communication orale et écrite), à entretenir des relations interpersonnelles avec les usagers, ses collègues et les autres professionnels de la santé. Elle est capable de désamorcer les conflits et de ramener le débat sur des faits précis. C'est une personne très équilibrée, qui prend en charge son développement personnel et professionnel tout en maintenant à jour ses connaissances théoriques et pratiques (techniques).

La Directrice des soins infirmiers et les infirmières-chefs précisent de plus que l'infirmière qui travaille à l'urgence doit avoir une vision globale de l'usager et de sa famille. Elle doit avoir de bons mécanismes d'adaptation pour être capable d'ajuster sa pratique aux conditions changeantes du milieu. Elle doit défendre en tout temps les intérêts de l'usager. Pour cela, elle doit respecter toutes les normes et critères de compétence de la profession (autant dans ses fonctions dépendantes qu'autonomes) et son leadership doit être positif et constructif.

Bien sûr, le portrait de l'infirmière compétente qui vient d'être tracé est un idéal. Pour faire en sorte que le plus grand nombre d'entre elles deviennent le plus compétentes possibles, nous avons demandé à ces mêmes dirigeants et intervenants «quels seraient les sujets à aborder, les objectifs que nous devrions poursuivre dans nos prochains programmes de formation?». Encore là, les opinions furent presque unanimes.

Ils sont tous d'accord sur le fait qu'il existe plusieurs niveaux de compétence et que toutes les infirmières n'ont pas le même cheminement clinique. Toutefois, les dirigeants estiment que la première étape à franchir serait de redéfinir avec les infirmières de l'urgence ce qu'est la compétence. Ainsi, à partir de ce nouveau modèle et des valeurs partagées, il serait possible d'identifier les besoins de formation et de bâtir un plan d'action réaliste. Certains suggèrent même de rehausser les critères d'admissibilité des infirmières à l'urgence afin de niveler, d'une certaine façon, leur bagage de connaissances et d'expériences (établissement d'une base commune de

compétence).

Dans un autre temps, il faudrait trouver des moyens pour rendre la communication efficace à tous les niveaux, pour que les infirmières apprennent à gérer les conflits, à améliorer la prestation des soins et le climat de travail (au besoin). Il est important qu'elles s'impliquent aussi dans l'organisation du travail et dans l'amélioration des services à la clientèle.

Il faudrait, en plus, être capable d'utiliser l'expertise des infirmières les plus compétentes au profit des novices afin qu'elles s'intègrent plus facilement. Leur valorisation professionnelle doit originer de leur pratique.

La Direction des soins infirmiers peut contribuer au développement des infirmières en offrant certains outils, des programmes de mise à jour, des conférences, etc. Mais c'est toujours à elles que revient la responsabilité de maintenir leur niveau de compétence élevé et de prendre les moyens qu'il faut pour y arriver. Elles doivent connaître et utiliser les ressources disponibles.

Il est important de souligner que toutes les personnes interviewées reconnaissent à l'infirmière une compétence qui lui est propre et que personne ne s'attend à ce qu'elles soient de «petits médecins en puissance».

Pour terminer, précisons qu'il fut souligné, à maintes reprises, que des cours sur les maladies cardiaques (physiopathologie et traitement), le multiculturalisme, le traitement des polytraumatisés ainsi que le triage devraient

être bâtis à brèves échéances afin que les infirmières soient plus aptes à donner des soins précis et sécuritaires.

5.3 Le questionnaire

La démarche d'auto-évaluation proposée aux infirmières détenant un poste à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal a été complétée par 50 des 75 infirmières à qui le questionnaire a été distribué. Ce qui nous donne un taux de participation de 66.6%. Nous sommes très satisfaits de ce résultat, compte tenu des conditions difficiles (engorgement presque permanent de l'urgence) vécues par les infirmières durant le déroulement de cette étude.

Selon les commentaires recueillis dans la section «pourquoi», certaines infirmières se sont abstenues de répondre à une ou plusieurs questions parce qu'elles jugent que certains comportements sont inappropriés à l'urgence, non nécessaires dans l'exécution de leurs fonctions, parce qu'elles ne les adoptent jamais, faute de temps. Elles ont pu aussi omettre certaines questions sans mobile apparent, par oubli. Pour pallier à cette situation, les résultats sont compilés en pourcentage, selon le nombre de répondant(e)s par question.

5.3.1 Les données démographiques

La prédominance des femmes dans cette unité est incontestable.

TABLEAU 6

SEXE DES RÉPONDANT(E)S

	Nombre	%
Masculin	3	6%
Féminin	47	94%
Total	**50**	**100%**

Personne ne s'étonnera que le terme «infirmière» continue d'englober le masculin jusqu'à la fin de l'étude.

Les prochains tableaux vont exposer, de façon synthétique, les données se rapportant à l'âge, à la langue parlée et à la langue écrite.

TABLEAU 7

ÂGE DES RÉPONDANT(E)S

	Nombre	%
Moins de 20 ans	0	0%
De 20 à 24 ans	4	8%
De 25 à 29 ans	15	30%
De 30 à 35 ans	14	28%
De 36 à 40 ans	11	22%
De 41 à 45 ans	4	8%
De 46 à 50 ans	2	4%
Plus de 50 ans	0	0%
Total	**50**	**100%**

TABLEAU 8

LANGUE PARLÉE

	Nombre	%
Français	21	42%
Français et Anglais	29	58%
Autre(s)	0	0%
Total	**50**	**100%**

TABLEAU 9

LANGUE ÉCRITE

	Nombre	%
Français	29	58%
Français et Anglais	21	42%
Autre(s)	0	0%
Total	**50**	**100%**

Nous remarquons que 66% des infirmières ont moins de 35 ans, que 58% parlent le français et l'anglais et que 58% n'écrivent qu'en français seulement. Personne ne parle une autre langue, ni ne l'écrit. Phénomène intéressant, compte tenu que 27.6% de la population desservie par l'Hôpital du Sacré-Coeur ne parle ni français, ni anglais (Voir au point 2.3).

5.3.2 Les données relatives à l'emploi

En ce qui concerne les données touchant la formation académique, les résultats sont biaisés. Certaines infirmières ont confondu le diplôme d'études collégiales en techniques infirmières avec le diplôme en soins infirmiers. Pour cette raison, nous n'effectuerons pas l'analyse des champs de compétence à partir de la formation académique.

Il est tout de même intéressant de souligner que parmi les infirmières, plusieurs poursuivent des études universitaires de premier cycle. Une liste des certificats déjà complétés se retrouve à l'annexe F.

Nous choisissons de poursuivre la présentation des autres données

relatives à l'emploi sous forme de tableaux afin de la rendre plus intéressante.

Les voici.

TABLEAU 10

NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE

EN TANT QU'INFIRMIÈRE

	Nombre	%
Moins de 5 ans	10	20%
5 ans, moins de 10 ans	15	30%
10 ans, moins de 15 ans	9	18%
15 ans, moins de 20 ans	9	18%
20 ans, moins de 25 ans	6	12%
25 ans et plus	1	2%
Total	**50**	**100%**

TABLEAU 11

NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE

À L'HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR

	Nombre	%
Moins de 5 ans	13	26%
5 ans, moins de 10 ans	15	30%
10 ans, moins de 15 ans	10	20%
15 ans, moins de 20 ans	10	20%
20 ans, moins de 25 ans	1	2%
25 ans et plus	1	2%
Total	**50**	**100%**

TABLEAU 12

NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE

À L'URGENCE DU PAVILLON PRINCIPAL

	Nombre	%
Moins de 1 an	7	14.6%
1 an, moins de 2 ans	2	4.1%
2 ans, moins de 3 ans	2	4.1%
3 ans, moins de 5 ans	8	16.7%
5 ans et plus	29	60.4%
Total	**48**	**99.9%**

TABLEAU 13

STATUT D'EMPLOI

	Nombre	%
Temps complet régulier	26	52%
Temps complet temporaire	2	4%
Temps partiel régulier	15	30%
Temps partiel temporaire	7	14%
Total	**50**	**100%**

TABLEAU 14

HORAIRE DE TRAVAIL

	Nombre	%
Jour	15	30%
Soir	16	32%
Nuit	19	38%
Autre	0	0%
Total	**50**	**100%**

Nous sommes à même de constater que 50% des répondant(e)s ont moins de 10 ans d'expérience en tant qu'infirmière, 74% travaillent à l'Hôpital du Sacré-Coeur depuis 5 ans et plus (fidélité élevée envers l'organisation), 60.4% ont plus de 5 ans d'expérience à l'urgence du pavillon principal et que 56% détiennent des postes à temps complet.

5.3.3 Le profil des compétences en soins infirmiers à l'urgence

Afin d'avoir une idée globale de la performance des infirmières de l'urgence, nous allons étudier de près la compilation des réponses (Annexes F et G). Pour chaque champ de compétence, nous allons faire ressortir les plus grandes forces et faiblesses.

5.3.3.1 Leadership

Selon l'estimation faite par les infirmières de l'urgence, 87.[illegible]% d'entre elles ont de la facilité à pousser leurs idées, à affirmer leurs positions auprès des usagers, des familles et des autres professionnels. Par contre, 42.6% éprouvent de la difficulté à rallier les différents membres autour d'un but à atteindre, d'un nouveau mode de fonctionnement. De plus, 27.7% ont de la difficulté à faire accepter aux autres une vision nouvelle des choses, sans perdre leur crédibilité. Ces résultats nous confirment à quel point il est difficile de briser la routine établie à l'urgence. C'est un problème sérieux. Il est impensable que 2 infirmières sur 5 soient privées du soutien des autres membres de l'équipe si ce qu'elles proposent va à l'encontre des modèles admis. Les infirmières ont la responsabilité de répartir les tâches selon les besoins fluctuants des usagers, les compétences individuelles et les fonctions

du personnel infirmier. Nul ne peut espérer améliorer la qualité de la prestation des soins à l'urgence sans rendre celles qui en sont le moteur, plus influentes, plus efficaces et efficientes.

5.3.3.2 Travail en équipe

Au premier coup d'oeil, nous constatons que le travail en équipe est la grande force des infirmières à l'urgence (pourcentage global de cette habileté: 96.4%). Tous les comportements se sont mérités de hauts pourcentages de facilité.

Ils sont maintenant présentés par ordre décroissant.

2.8	Je soutiens les décisions de mes collègues si je suis convaincue qu'elles sont bonnes et je donne du renforcement positif.	100%
2.1	Je connais les fonctions des autres catégories de personnel infirmier qui participent à la prestation des soins.	98%
2.2	Je recherche les avis, les propositions et les suggestions du personnel infirmier et des autres professionnels impliqués.	
2.6	J'informe le personnel infirmier des changements apportés.	
2.7	Je partage mes connaissances avec les membres de l'équipe et j'émets mes opinions, si nécessaire.	
2.3	Je laisse s'exprimer les membres de l'équipe et vérifie la compréhension du message.	96%
2.5	J'établis de nouvelles priorités selon les besoins des usagers.	
2.4	Je partage les activités à exécuter entre les membres du personnel et je donne les raisons motivant la répartition des tâches assignées.	93.8%
2.5	J'établis de nouvelles priorités selon les besoins des usagers.	90%

Il est permis de croire que ces infirmières éprouvent un profond sentiment d'appartenance au groupe qu'elles forment. L'union fait la force. Elles se soutiennent dans leurs décisions et partagent leurs connaissances et les informations nécessaires pour mieux fonctionner ensemble. Il apparaît évident que la dynamique de cette équipe est bien campée et que 10% éprouvent un peu de difficulté à accepter des responsabilités au sein de l'équipe en soins infirmiers. Une relation peut être établie ici avec les difficultés rencontrées au point précédent: le leadership. Chose certaine, c'est qu'elles ont un très bon potentiel de groupe et que, bien exploitée, cette force de travail peut s'avérer très constructive.

5.3.3.3 Communication orale

Les résultats obtenus confirment l'une des constatations faites par les enquêteures de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Point 5.1). Les infirmières de l'urgence sont très habiles à communiquer oralement, surtout lorsqu'il s'agit de laisser s'exprimer leur interlocuteur (question 3.2: 100%).

Elles connaissent et appliquent la plupart des principes de la communication (questions 3.1 à 3.5). Toutefois, 24% éprouvent de la difficulté à prendre les moyens pour communiquer (stimuli sensoriels, interprètes, pictogrammes, etc.). De plus, 27.7% aident difficilement les usagers à explorer leurs sentiments et 34.8% ne préparent pas la fin de leurs relations. Certaines (19.1%) éprouvent aussi de la réticence à aborder les situations problématiques avec l'usager, la famille, les autres membres de l'équipe et à désamorcer les conflits au besoin. En résumé, les principes de la

relation d'aide sont moins bien maîtrisés et la gestion des émotions est un point sensible. Comme les infirmières doivent souvent composer avec un contexte de crise et la pression du temps, il faut les aider à développer des moyens pour être moins vulnérables afin d'apporter le support émotif aux usagers, aux familles et aux autres membres de l'équipe.

5.3.3.4 Communication écrite

Contrairement à la communication orale, la communication écrite s'avère le point faible des infirmières de l'urgence. Ce qui confirme encore une fois les constatations des enquêteures de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Point 5.1). 71.1% éprouvent de la difficulté à formuler les plans de soins. La majorité de ces infirmières ont même émis le commentaire qu'elles n'en faisaient pas, faute de temps ou que c'était inutile pour elles. 87.5% inscrivent difficilement ou pas du tout les objectifs poursuivis et 60% ont de la difficulté à inscrire au plan de soins les interventions planifiées.

Quelles que soient les raisons qui pourraient être invoquées, le souci d'assurer une continuité dans la prestation de soins est peu manifeste. Les infirmières sont habiles à utiliser le vocabulaire professionnel (92%) et le matériel administratif (bons formulaires et bonnes requêtes: 95.9%) mais elles ne remplissent pas ces fonctions à partir d'une vision «patient». Elles se donnent des informations sur les usagers par nécessité, de façon non méthodique. Jusqu'à quel point certaines informations pertinentes peuvent-elles se perdre au cours des fréquents transferts des usagers à l'intérieur même de l'unité? Est-ce qu'elles prennent vraiment le temps de demander à l'usager

ou à leur famille quels sont leurs besoins (même verbalement)? Cela nous prouve, en tout cas, que la philosophie de soins est loin d'être intégrée à l'urgence.

5.3.3.5 Esprit d'analyse

Les infirmières affirment avoir beaucoup de facilité à établir les liens entre leurs observations et l'état de santé de l'usager (98%). Par contre, 42.9% ne connaissent pas les mécanismes utilisés par l'usager et sa famille pour faire face à la situation. Pas étonnant que certaines (20.5%) aient de la difficulté à établir des liens entre les différents éléments. Il faut parfois aller plus loin que les apparences. La maladie est souvent un problème parmi tant d'autres. La prévention des complications exige une certaine investigation. Ce comportement peut aussi avoir un lien avec le fait d'éprouver une certaine difficulté (27.7%) à aider les usagers à explorer leurs sentiments (question 3.6.4).

5.3.3.6 Adaptation au changement

100% des infirmières affirment être habiles à faire face aux situations nouvelles en ayant recours aux ressources disponibles. Cela confirme qu'elles sont capables de résoudre des problèmes et qu'elles savent s'organiser malgré une grande fluctuation du niveau d'activités à l'urgence. 95.9% sont capables de continuer à dispenser les soins sans perdre de vue les priorités vitales. De plus, 93.9% s'ajustent facilement à une modification de l'organisation du travail et 93.8% à la nouvelle technologie et aux nouvelles méthodes de soins. En somme, elles sont très flexibles dans l'exécution de leurs tâches. Ce qui laisse croire qu'un changement bien préparé ne devrait occasionner aucun problème.

5.3.3.7 Innovation

De façon globale, les infirmières de l'urgence ont plus de facilité à s'adapter au changement (93.9%) qu'à innover (80.9%). Elles reconnaissent facilement aux autres le droit à l'erreur (98%) et cherchent à exploiter leurs bonnes idées (95.8%). Par contre, elles ont de la difficulté à initier le changement, surtout lorsqu'il est question d'augmenter l'autonomie des usagers (52.2%) ou d'améliorer l'organisation du travail (41.7%).

Nous pouvons donc supposer que si un nombre donné d'infirmières travaillent ensemble à bâtir de nouveaux projets, pour améliorer la prestation des soins ou l'organisation du travail, leurs collègues devraient bien les accueillir et collaborer à la réalisation des dits projets.

5.3.3.8 Planification

Les résultats obtenus s'expliquent aisément. Les infirmières ont beaucoup de facilité (95.7%) à articuler les différentes activités tout au long de leur horaire de travail. Comme nous l'avons vu au point 5.3.3.4, très peu font des plans de soins. Pas étonnant que 53.2% aient de la difficulté à faire participer l'usager et la famille à la planification des soins et que 29.5% dégagent difficilement une vision d'ensemble de la situation. Au fond, elles sont habiles à planifier les tâches à accomplir (administrer les médicaments, prendre les signes vitaux, etc.) en fonction de la somme de travail à l'unité, durant une période de temps donnée. Tout est fait en fonction du court terme et la satisfaction des besoins des usagers passe au second plan.

5.3.3.9 Organisation

L'organisation est la deuxième grande force des infirmières de l'urgence (95.7%). Pour elles, utiliser et coordonner les ressources disponibles est une question de survie car il est impossible d'agir rapidement en situation d'extrême urgence si elles ne sont pas assurées de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources, si elles ne connaîssent pas les différentes activités de soins et leurs étapes de réalisation ainsi que le rôle de chaque intervenant (distribution des tâches selon les responsabilités et fonctions). 100% des infirmières s'assurent du bon déroulement des activités. Cela nous prouve à quel point c'est important pour elles de faire les bons gestes au bon moment (compétence clinique et technique élevée).

5.3.3.10 Contrôle et évaluation

Nous avons vu au point précédent que les infirmières ont de grandes habiletés techniques. Pas étonnant que 100% des répondant(e)s affirment faire du contrôle à l'aide de moyens techniques. 98% font du contrôle auprès des usagers et des familles afin de vérifier si la sédation ou le traitement est efficace. C'est leur raison d'être. Elles sont là pour traiter les malades et les soulager.

Elles apportent beaucoup d'attention à l'application des mesures de sécurité, telles:

- l'utilisation appropriée du matériel, des espaces: 93.3%;
- l'identification des usagers: 97.9%;

- les techniques sécuritaires au point de vue prestation des soins, déplacement des usagers: 93.2%.

Par contre, 48.8% éprouvent de la difficulté avec les mesures d'urgence (évacuation, support aux sinistrés, etc.). Il sera important d'en tenir compte dans nos recommandations futures, car l'Hôpital du Sacré-Coeur est un centre ultra-spécialisé dont l'une des vocations est de recevoir et de traiter les différents types de sinistrés (exemples: les victimes d'un carambolage, les clients d'un restaurant intoxiqués par des aliments contaminés, etc).

Une autre faiblesse plus marquée est le contrôle de l'application des principes de la relation d'aide (42.2%). Cela renforce notre conviction, à savoir, qu'elles sont très axées sur la tâche mais peu sur l'usager (le contenu).

5.3.3.11 Délégation

La délégation est la troisième grande force des infirmières de l'urgence. 95% des répondant(e)s se sentent habiles à confier à une collaboratrice la responsabilité de certaines interventions de soins tout en lui assurant le soutien et les ressources appropriées. D'ailleurs, 100% des répondant(e)s s'assurent que la personne concernée détient toute l'information nécessaire pour assumer la responsabilité confiée. Cela confirme les résultats obtenus à la question 3.3. En effet, 94% affirmaient avoir de la facilité à vérifier la compréhension de leurs messages auprès de leurs interlocuteurs. Au fond, le premier point qu'elles devraient raffiner dans ce champ de compétence, c'est la clarification des difficultés envisagées avec les personnes concernées. Elles ont obtenu 88.6%

(seul pourcentage en bas de 90% dans ce champ de compétence).

5.3.3.12 Développement

L'intérêt pour s'améliorer, pour apprendre à développer leurs ressources personnelles est manifeste chez les répondant(e)s. 91.7% identifient leurs besoins de formation, de soutien et de renforcement avec leur supérieure, 97.8% profitent des occasions qui se présentent pour mettre en pratique leurs connaissances et adopter de nouveaux comportements. Ce qui démontre une grande ouverture d'esprit face à la formation. Presque la totalité des infirmières affirment utiliser les moyens mis à leur disposition pour maintenir à jour leurs connaissances. Il est intéressant de constater que plus les activités exigent de la disponibilité en temps ou de la mobilité en dehors des lieux de travail, moins elles sont populaires. Les pourcentages obtenus, exprimant le degré de facilité pour chaque activité, varient de 80% pour la lecture à 45.7% pour les stages. Elles connaissent bien les lois relatives à l'exercice de la profession (question 12.5). Les pourcentages varient de 93.3% à 95.6%. Par contre, il y a une méconnaissance flagrante des lois relatives aux usagers. En voici la preuve.

TABLEAU 15

CONNAISSANCE DES LOIS RELATIVES AUX DROITS DES USAGERS

		% Facilement	% Difficilement
12.5.1	Charte des droits et libertés de la personne;	44.7%	55.3%
12.5.2	Loi sur les services de santé et les services sociaux;	30.4%	69.6%
12.5.3	Loi sur la protection du malade mental;	21.7%	78.3%
12.5.4	Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées;	19.6%	80.4%
12.5.5	Code civil;	30.2%	69.8%
12.5.6	Loi sur la santé et la sécurité au travail;	28.9%	71.1%
12.5.7	Code du travail, etc.	25%	75%

Nous avons déjà mentionné qu'il n'y avait pas de programme de formation continue à l'urgence. Le résultat global de compétence pour l'habileté «développement» (66.3%) démontre bien que les structures actuelles sont déficientes. Cela ne leur enlève pas la responsabilité de se prendre en main. Mais c'est toujours plus encourageant quand on a une direction à suivre, des raisons de croire qu'on peut réussir et des moyens accessibles pour agir.

5.4 Analyse des champs de compétence selon le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière

Nous avons vu dans le Tableau 2 que plusieurs variables peuvent affecter le développement de l'infirmière. Même si nous n'avons aucun détail sur leur expérience antérieure de travail, ni sur les types de programmes de formation qu'elles ont déjà suivis, nous allons vérifier si le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière affectent leur niveau de compétence.

Pour ce faire, nous présentons un tableau illustrant les écarts entre les plus hauts et les plus bas pourcentages globaux obtenus par les différentes catégories de répondant(e)s à l'intérieur de chacun des champs de compétence. Les calculs ont été effectués à partir des données compilées à l'annexe H.

TABLEAU 16

ÉCARTS ENTRE LES PLUS HAUTS ET LES PLUS BAS POURCENTAGES GLOBAUX OBTENUS À L'INTÉRIEUR DE CHACUN DES CHAMPS DE COMPÉTENCE

Champs de compétence	Écarts %
1. Leadership	23.7%
2. Travail en équipe	13.1%
3. Communication orale	10.5%
4. Communication écrite	20.4%
5. Esprit d'analyse	20.9%
6. Adaptation au changement	15.9%
7. Innovation	29.4%
8. Planification	12.9%
9. Organisation	10.0%
10. Contrôle et évaluation	18.3%
11. Délégation	11.8%
12. Développement	22.8%

Les cinq habiletés les plus touchées sont, par ordre décroissant: l'innovation (29.4%), le leadership (23.7%), le développement (22.8%), l'esprit d'analyse (20.9%) et la communication écrite (20.4%). Nous allons reprendre chacune de ces habiletés pour expliquer de quelle manière les années d'expérience en tant qu'infirmière peuvent les influencer.

- **L'innovation**

La capacité d'innover est plus grande chez les infirmières peu expérimentées. Elle décroit tranquillement avec les années, pour chuter

littéralement après 20 ans. Cela peut aisément s'expliquer. Les novices qui débutent leur carrière n'ont pas de routine d'établie. Elles ont une vision plus objective de la situation et peuvent plus facilement imaginer de nouvelles alternatives. Organiser leur travail relève encore du défi. Alors, elles expérimentent différentes façons de faire avant d'en adopter une en particulier. En ce qui concerne les infirmières qui ont plus de 20 ans en tant qu'infirmière, elles sont moins stimulées par le déroulement des activités quotidiennes et n'aspirent qu'à faire ce qu'elles sont habituées de faire, sans plus.

- **Le leadership**

Le leadership de l'infirmière prend d'abord sa source au niveau de sa compétence professionnelle. Avant d'être capable d'amener les membres d'un groupe à atteindre volontairement un objectif, il faut avoir pris le temps d'établir sa crédibilité. Pas étonnant que ce soit les infirmières qui ont «5 ans, moins de 10 ans» d'expérience en tant qu'infirmière qui réussissent le mieux à influencer les autres. Elles ont assez d'expérience pour avoir une compréhension globale de ce qu'elles ont à faire et se centrent sur les aspects importants d'une situation. Elles ont pris de l'assurance et ont encore le goût de faire avancer les choses. C'est stimulant de travailler à côté de personnes dynamiques. Cela donne souvent aux autres le goût de les suivre. Toutefois, il faut trouver des moyens d'entretenir «le feu sacré», sinon il s'éteint avec l'usure du temps.

- **Le développement**

La capacité de développer ses ressources personnelles demeure excellente tout au long de la carrière des infirmières. Travailler, c'est apprendre

et apprendre, c'est se développer. Toutefois, ce sont les occasions, l'intérêt et les moyens utilisés pour acquérir de nouvelles connaissances théoriques qui changent. Le portrait professionnel des infirmières qui ont «5 ans, moins de 10 ans» d'expérience nous démontre, par exemple, que 73% ont entre 25 et 29 ans (période souvent réservée pour fonder une famille), que 66.7% travaillent de nuit et 33.3% de soir. Leur disponibilité réduite, pour suivre des activités de formation en dehors des heures de travail, peut justifier leur performance (64.6%). Pour celles qui ont 20 ans et plus d'expérience, la motivation à se perfectionner diminue. Mais comme les infirmières ont l'obligation de maintenir à jour leur compétence tout au long de leur carrière, il faudra trouver des solutions pour les aider à contourner ces difficultés.

- **L'esprit d'analyse**

Il nous est permis de croire que plus les infirmières vivent des situations variées, plus elles sont à même d'identifier les éléments importants d'une situation, d'établir les liens entre leurs observations et l'état de santé des usagers ainsi que de leur condition de vie. Par contre, il semblerait que les infirmières ayant plus de 20 ans d'expérience en tant qu'infirmière ressentent moins la nécessité de formuler des hypothèses et de les valider. Est-ce parce qu'elles reconnaissent intuitivement les situations et qu'elles voient spontanément ce qu'elles doivent faire, sans raisonner de façon consciente ou parce qu'elles sont blasées? Nous ne détenons pas l'information pour répondre exactement à ces interrogations. Cependant, nous croyons que les deux alternatives sont plausibles à des degrés divers.

- **La communication écrite**

Nous avons maintes fois répété que les infirmières de l'urgence sont peu centrées sur l'usager. De plus, elles se soucient plus de l'exécution de leurs tâches techniques durant leur quart de travail que d'assurer la continuité des soins. Il est donc normal qu'elles aient de la difficulté à colliger les informations pertinentes par écrit. Pour elles, c'est du temps perdu. Celles qui performent le moins ont «15 ans, moins de 20 ans» d'expérience en tant qu'infirmière. 55.6% sont à temps complet et 88.9% travaillent de jour. Apparemment, à part le manque de conviction et de motivation, rien ne peut motiver leur performance (51%). Cela prouve aussi à quel point elles sont résistantes aux changements conceptuels.

5.5 Analyse des champs de compétence selon le nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal

En analysant les champs de compétence selon le nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal (Annexe I), nous voulons avoir une meilleure idée du développement professionnel particulier des infirmières à cette unité de soins.

5.5.1 Les infirmières qui ont moins d'un an d'expérience à l'urgence

En comparant les champs de compétence de ce groupe d'infirmières avec ceux des autres groupes, nous nous apercevons qu'il y a une grande différence entre leur performance et celle des meilleures (les infirmières qui ont 1 an, moins de 5 ans d'expérience à l'urgence). Les écarts les plus importants se situent au niveau du leadership (34%), de la communication écrite (25.3%) et

de la planification (45.8%). Comme elles ont peu ou pas d'expérience de situations réelles, elles éprouvent de la difficulté à planifier leur travail et à écrire ce qui se passe. Elles sont insécures et s'affirment moins. Ce sont des «novices», telles que décrites dans le Tableau 3. De plus, 71.4% de ces infirmières sont à temps partiel et travaillent pendant les horaires de soir et de nuit. Il est difficile d'assimiler le contenu requis pour garantir la prestation sécuritaire des soins aux usagers quand on détient un poste 4 soirs/quinzaine par exemple. Faute d'être mises en pratique, les nouvelles méthodes, politiques ou techniques risquent d'être oubliées. Dans une telle situation, le développement de la compétence clinique est laborieux.

5.5.2 Les infirmières qui ont 1 an, moins de 5 ans d'expérience à l'urgence

Ces répondant(e)s obtiennent les meilleurs pourcentages dans tous les champs de compétence. Leurs plus grandes forces sont la délégation (100%), le travail en équipe (99.1%) et l'adaptation au changement (98.8%). Elles maîtrisent bien les situations et ont assez de connaissances et d'expérience pour se centrer sur les aspects importants. Elles sont capables d'anticiper les complications et de prendre les moyens pour les éviter. Elles peuvent correspondre à la description de l'infirmière performante ou experte (Tableau 3).

Il est intéressant de noter que 58.3% ont plus de 5 ans en tant qu'infirmière (expériences variées sur différentes unités) et que 50% détiennent des postes à temps complet. 91.7% travaillent de soir et de nuit tout comme les infirmières qui ont moins d'un an d'expérience à l'urgence (celles qui ont le plus de difficulté).

5.5.3 Les infirmières qui ont 5 ans et plus d'expérience à l'urgence

Elles sont bonnes deuxièmes partout. Toutefois, l'écart entre leur performance et celle des «1 an, moins de 5 ans» est moins prononcé. Les plus grandes différences se situent au niveau de la planification (16.3%), de l'innovation (9.8%), du changement (7.9%) et du contrôle (7.3%). Au fond, elles ont adopté une routine et elles en sortent peu. Le danger d'un tel comportement c'est que lorsqu'on vit sur nos acquis, on ne progresse plus. Comment répondre aux demandes de l'environnement changeant quand le développement de la compétence clinique avancée n'est pas assuré par des standards de formation garantissant le développement des employés?

5.6 Analyse des champs de compétence selon le statut d'emploi

L'analyse des données à partir du statut d'emploi (Annexe J) nous permet de découvrir quelles sont les habiletés les plus touchées par la fréquence des présences au travail.

Comme nous pouvons le voir à l'annexe K, les répondant(e)s à temps complet ont un leadership beaucoup plus fort que celles à temps partiel (86.4% comparativement à 65%). Cela est facile à comprendre. Pour pouvoir influencer les autres, il faut gagner leur confiance et se bâtir une solide réputation professionnelle. Si le réseau d'information est peu fonctionnel, les infirmières à temps partiel peuvent être privées de certaines informations indispensables à l'accomplissement de leurs tâches et ainsi perdre du pouvoir à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire de l'urgence. Ce qui ralentit, par le fait même, leur évolution personnelle et professionnelle.

Par contre, elles ont plus d'aptitude à s'organiser, à utiliser des méthodes de contrôle et à déléguer (première position dans tous ces champs de compétence). Nous pouvons donc déduire qu'elles compensent un certain manque d'expérience par un souci élevé d'efficacité.

5.7 Analyse des champs de compétence selon l'horaire de travail

En dernier lieu, nous allons évaluer le potentiel de l'ensemble des répondant(e)s sur chaque horaire de travail (Annexe K).

Les équipes de jour et de nuit sont presque d'égale force (6 premières positions pour le personnel de nuit contre 5 pour le personnel de jour). Par contre, les infirmières de soir ne récoltent qu'une première position au niveau de la délégation (96.5%). La seule explication qui puisse justifier ce résultat est que 56.2% occupent des postes à temps partiel par rapport à 36.8% pour le personnel de nuit et à 40% pour le personnel de jour. De plus, 6 postes n'étaient pas comblés au moment de l'étude. Nous pouvons donc déduire que l'instabilité du personnel de soir provoque un manque de cohésion au sein de cette équipe, ce qui réduit l'efficience et l'efficacité de cette dite équipe.

Autre point important, ce sont elles qui ont le moins de facilité à développer leurs ressources personnelles et à transmettre leurs connaissances (61.3%). Il faudra tenir compte de ces deux limites afin de trouver des solutions pour rehausser la compétence de ces professionnelles.

L'analyse des données étant complétée, nous allons maintenant porter toute notre attention à la conception de la solution.

6. CONCEPTION DE LA SOLUTION

6. CONCEPTION DE LA SOLUTION

Le présent chapitre est consacré aux éléments de solution. Un bref rappel de la problématique et des objectifs poursuivis est présenté. Ensuite, nous mettons en lumière les différents facteurs jouant un rôle déterminant dans notre processus décisionnel. Nous comparons les différentes alternatives et nous précisons notre choix.

6.1 Rappel de la problématique et des objectifs poursuivis

Les infirmières détenant un poste à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur doivent s'adapter aux nombreux changements environnementaux, organisationnels et professionnels sans bénéficier d'aucun programme de formation continue pour augmenter leur savoir et renouveler leur pratique de soins. Leur schème de compétence se limite à l'aspect curatif et technique de la profession. Elles ne comprennent pas l'évolution de la demande en soins et utilisent très peu ou pas du tout les moyens mis à leur disposition (collectes de données, plans de soins) pour identifier les besoins des usagers, pour les aider à résoudre leurs problèmes de santé et les rendre à nouveau autonomes dans la satisfaction de l'ensemble de leurs besoins fondamentaux.

Elles sont ambivalentes face à l'exercice de leur profession et n'adhèrent qu'en petit nombre à la philosophie de soins promue par la Direction des soins infirmiers. De plus, elles sont souvent confrontées à des besoins complexes, à des situations ambiguës.

Comme il n'y a pas de programme de qualité ni de structure formelle pour les aider à garder leur niveau de compétence élevé, elles ont de plus en plus de difficulté à être efficaces et efficientes (compte tenu de l'ensemble des normes et critères de la profession). C'est pourquoi le mandat confié par la Directrice des soins infirmiers vise:

> **«à identifier clairement les besoins en formation des infirmières détenant un poste à l'urgence afin d'être en mesure, dans un avenir rapproché (d'ici 12 à 18 mois), de bâtir des programmes de formation qui leur permettront d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour s'adapter aux transformations continuelles de leur environnement et de devenir, par le fait même, plus efficaces et efficientes».**

6.2 Facteurs jouant un rôle déterminant dans notre processus décisionnel

Notre analyse de données nous a fourni plusieurs informations sur les comportements adoptés par les infirmières de l'urgence. Ainsi, nous savons qu'indépendamment de leur expérience en tant qu'infirmière ou de leur expérience à l'urgence, de leur statut d'emploi ou de leur horaire de travail (Annexe G), elles sont très fortes pour travailler en équipe (96.4%), pour utiliser et coordonner efficacement les ressources disponibles (organisation 95.7%), pour déléguer (95%) et s'adapter au changement (93.9%). Elles sont assez habiles à communiquer (88%). Cependant, 42.6% éprouvent de la difficulté à rallier les différents membres du groupe autour d'un but à atteindre (source de conflits) et 19.1% ont de la difficulté à aborder les situations problématiques avec les usagers, les familles et les autres membres du personnel. Comme nous l'avons vu au point 3.3, les relations interpersonnelles tendues viennent au troisième rang des plus grandes sources de stress vécues par les infirmières.

Parfois, il ne suffit que de deux ou trois personnes contrariées pour qu'apparaisse un conflit d'envergure. Il importe donc que tous les membres de l'équipe multidisciplinaire à l'urgence sachent gérer leurs émotions, le stress et les conflits.

La communication écrite est leur plus grande faiblesse (63.2%). Le fait de ne pas inscrire certaines informations pertinentes peut nuire à l'évolution des malades, à la prestation des soins et à l'organisation du travail sur l'unité et dans tout l'hôpital en entier. Même si elles sont dégourdies et qu'elles organisent avec brio l'exécution de leurs tâches en situation d'engorgement (grande fluctuation du niveau d'activités), elles reconnaissent avoir de la difficulté à initier les changements nécessaires pour augmenter l'autonomie des usagers (52.2%) ou améliorer l'organisation du travail (41.7%). Par contre, elles cherchent à exploiter les bonnes idées de leurs collègues (95.8%). 87.5% d'entre elles affirment avoir de la facilité à pousser leurs idées. Ce qui peut nous laisser supposer que bien dirigées, plusieurs d'entre elles pourraient devenir de très bons leaders. Elles pourraient servir de modèles de rôle et aider les autres infirmières à améliorer l'organisation du travail et leur rendement.

L'ensemble des infirmières apportent beaucoup d'attention à l'application des mesures de sécurité. Toutefois, 48.8% éprouvent de la difficulté avec les mesures d'urgence. En somme, elles ont besoin de savoir: quels sont les sinistres auxquels elles auront à faire face, de connaître les mesures à prendre en de telles circonstances et de participer à des simulations afin que, le jour venu, les gestes soient naturels.

Un point positif à mentionner: elles sont intéressées à s'améliorer, à développer leurs ressources personnelles. 91.7% identifient leurs besoins de formation avec leur supérieure et 97.8% profitent des occasions qui se présentent pour mettre en pratique leurs nouvelles connaissances. Selon les commentaires recueillis, nous savons qu'elles désirent que leur organisation mette en pratique les principes d'apprentissage de l'adulte (Gerrish, 1990), tels que nous les avons vus au point 3.4.1 Elles veulent que les cours soient centrés sur les situations de la vie plutôt que sur la théorie. Les expériences vécues doivent servir de points de référence. Elles veulent prendre en main leur formation, avoir des occasions pour échanger mutuellement de l'information. En fait, ce qui occasionne le plus de problèmes, c'est de trouver des styles de formation, des temps, des lieux et des endroits qui conviennent à la majorité des infirmières. L'analyse des champs de compétence selon le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière (Annexe H) nous démontre, par exemple, que les infirmières les plus compétentes sont celles qui ont de 10 à 15 ans d'expérience en tant qu'infirmière. Si l'on regarde leur portrait professionnel, 88.9% ont entre 30-35 ans (âge pour élever leurs enfants en bas âge), 66.7% occupent des postes à temps partiel et 77.8% travaillent de soir et de nuit. Cet état de faits constitue à lui seul un défi à relever. Comment faire pour que ces infirmières, qui constituent la force de travail de l'urgence, soient plus disponibles pour suivre des activités de formation, pour transmettre aux autres leurs connaissances? Même si elles se forment et se développent en travaillant, il faut qu'elles continuent à parfaire leurs connaissances théoriques afin d'améliorer constamment leur pratique.

D'un autre côté, si nous analysons les données selon les années d'expérience à l'urgence, nous constatons que les plus performantes ont «1 an, moins de 5 ans» d'expérience à l'urgence, que 50% d'entre elles occupent des postes à temps complet et que 91.7% travaillent de soir et de nuit, tout comme celles qui sont les moins performantes: les «moins de 1 an» d'expérience à l'urgence.

De plus, nous avons vu que le leadership des infirmières à temps complet était plus élevé que celui des infirmières à temps partiel, mais que celles-ci ont plus d'aptitude à s'organiser, à utiliser des méthodes de contrôle et à déléguer.

Tout compte fait, tous les éléments sont en place pour redresser la situation à l'urgence. Les lacunes sont souvent compensées par de grandes forces. Au fond, il faut développer une synergie au sein de cette équipe. Les infirmières de cette unité ont beaucoup de potentiel. Il s'agit de créer les opportunités pour qu'elles le développent. Il faut aussi leur offrir un objectif commun à poursuivre. Pourquoi ne pas se tourner vers l'usager et travailler ensemble à augmenter la qualité des soins et des services qui leur sont offerts?

Alternatives et choix de solution

Deux alternatives s'offrent à nous pour répondre aux besoins de formation des infirmières à l'urgence.

L'idéal serait d'organiser quatre semaines de cours intensifs (quatre groupes de 26 infirmières) où toutes les infirmières seraient libérées tour à tour.

Chaque journée pourrait se diviser en deux parties: l'une théorique et l'autre pratique. Différents thèmes répondant aux besoins de formation pourraient être abordés, comme: les normes et critères de compétence de la profession, les valeurs de l'organisation et de l'équipe d'infirmières à l'urgence, la qualité, certains aspects de la prestation des soins: le triage, la physiopathologie et le traitement des maladies cardiaques, les soins immédiats à donner aux usagers atteints de traumatismes variés, etc. De plus, en participant à des mises en situation, elles prendraient une certaine expérience, elles apprendraient à s'autocritiquer, à corriger certaines lacunes et elles seraient mieux outillées pour retourner dans leur milieu de travail. Cette alternative permettrait à chacune de mieux connaître leurs collègues. Elles adopteraient rapidement les comportements désirés. Toutefois, le coût de ces semaines de formation reviendrait à environ 150 000 $. Cela semble exorbitant dans le contexte économique actuel. En effet, le budget consacré à la formation des infirmières travaillant sur les seize unités de l'hôpital est évalué à 300 000 $. Il est difficile d'en prendre la moitié pour répondre aux besoins des infirmières d'une unité quand toutes celles des quinze autres doivent aussi continuer à se développer.

Une autre option intéressante serait d'implanter un programme de préceptorat. Ainsi, un nombre significatif d'infirmières pourraient être formées pour devenir de bonnes animatrices, de bons leaders. Elles pourraient épauler l'infirmière-chef, prendre en charge de petits groupes d'infirmières afin que les novices s'intègrent facilement, que l'information circule de façon méthodique et que le développement des infirmières se poursuive tout au long de leur

carrière (formation continue). Le programme de préceptorat pourrait aussi s'avérer un excellent moyen pour améliorer la qualité de la prestation des soins et des services. Par la même occasion, les infirmières apprendraient à mieux travailler ensemble et à éliminer certaines sources de frustration.

L'intégration et l'application des principes de base seraient moins rapides mais peut-être plus solides. Cela donnerait la chance aux infirmières de prendre en main le devenir de leur service et de participer activement à l'organisation de leur travail. Elles pourraient aussi développer une meilleure dynamique de groupe et apprendre à gérer les conflits, ce qui améliorerait d'autant le climat de travail.

Nous évaluons qu'il en coûterait 30 000 $ pour appliquer cette alternative. Des montants respectables devraient aussi être prévus annuellement pour assurer la relève au niveau des préceptrices.

Vu les avantages non négligeables de cette alternative, nous la choisissons. Le prochain chapitre vous exposera nos recommandations pour appliquer le programme de préceptorat.

7. RECOMMANDATIONS

7. RECOMMANDATIONS

Ce chapitre débute par l'identification des besoins prioritaires de formation des infirmières de l'urgence du pavillon principal et se poursuit par les recommandations proposées à notre mandant pour implanter ce que nous considérons être la meilleure solution pour y répondre: le préceptorat.

Il est important de spécifier que ces besoins sont classifiés selon leur mode d'identification.

- **Besoins prioritaires identifiés suite à l'analyse du questionnaire**
  - la gestion des groupes;
  - les stratégies d'adaptation à la maladie;
  - les principes de la relation d'aide;
  - la gestion des conflits;
  - l'individualisation des soins infirmiers selon le modèle de Virginia Henderson;
  - la communication écrite reliée à la démarche scientifique;
  - les lois relatives aux droits des usagers;
  - les mesures d'urgence en vigueur à l'Hôpital du Sacré-Coeur.

- **Besoins prioritaires identifiés par les personnes interviewées et cités le plus souvent comme sujets spécifiques de formation par les infirmières de l'urgence:**
  - la physiopathologie et le traitement des maladies cardiaques;

- le multiculturalisme;
- le traitement des polytraumatisés;
- le triage.

Avant de poursuivre, nous tenons à repréciser que le préceptorat, tel que nous le concevons, ne se limite pas à assister les infirmières novices lors de leur intégration à l'urgence, mais aussi à les soutenir, tout au long de leur carrière, dans leur développement professionnel afin qu'elles soient plus efficaces et efficientes, qu'elles maintiennent élevé leur niveau de compétence clinique et qu'elles améliorent la qualité de la prestation des soins aux usagers et des services.

Les trois premières recommandations spécifient ce qu'il faut faire avant d'implanter le préceptorat, les six autres, comment procéder pour y arriver. Le projet d'implantation est inséré à l'annexe L. Il comprend les différentes actions à poser pour réaliser chacune des recommandations. Nous prévoyons que l'implantation graduelle du programme de préceptorat s'échelonnera sur une période de deux ans. Il ne faut pas brusquer les choses car nous pourrions perdre la confiance des infirmières en cours de route.

Nous exposerons, en dernier lieu, les problèmes potentiels reliés à l'implantation.

7.1 Recommandations spécifiant «ce qu'il faudrait faire avant d'implanter le préceptorat»:

Recommandation # 1

Compte tenu des besoins prioritaires de formation identifiés par les personnes interviewées et des sujets spécifiques de formation cités le plus souvent par les infirmières de l'urgence, à savoir: la physiopathologie et le traitement des maladies cardiaques, le multiculturalisme, le traitement des polytraumatisés ainsi que le triage,
compte tenu de la méconnaissance des infirmières des loi relatives aux droits des usagers et des mesures d'urgence en vigueur à l'Hôpital du Sacré-Coeur, nous recommandons:

- de mettre sur pied, à court terme, des programmes de formation se rapportant aux différents thèmes ci-haut mentionnés.

Recommandation # 2

Compte tenu de l'évolution constante des besoins et des attentes de la population,
compte tenu de l'évolution de l'environnement professionnel et technologique,
compte tenu de la rationalisation des ressources humaines, matérielles et financières, nous recommandons:

- de clarifier la mission de l'urgence avec les infirmières afin qu'elles connaissent bien les rôles qu'elles ont à jouer, les objectifs à poursuivre et les résultats à atteindre.

Recommandation # 3

Compte tenu que la Direction des soins infirmiers et les infirmières à l'urgence ont une perception différente de la «compétence en soins infirmiers à l'urgence», nous recommandons:

- de mettre sur pied un comité, composé de représentant(e)s de la Direction des soins infirmiers et d'infirmières détenant un poste à l'urgence, dont le mandat consistera à faire connaître les normes et critères de compétence pour les infirmières à l'urgence et d'identifier les moyens pour les atteindre.

Recommandation # 4

Compte tenu de l'engagement nécessaire des infirmières dans l'implantation du programme de préceptorat,
compte tenu des valeurs et des principes auxquels elles doivent adhérer pour réussir dans ce programme, nous recommandons:

- d'expliquer aux infirmières de l'urgence, les fondements du programme de préceptorat, tels que nous les concevons, à savoir:
  - l'assistance des infirmières novices lors de leur intégration à l'urgence;
  - la formation continue des infirmières durant toute leur carrière;
  - l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins et des services par les infirmières de l'urgence.

Il est important qu'elles comprennent que l'implantation du préceptorat va leur donner l'opportunité d'améliorer constamment leurs connaissances théoriques et pratiques, leurs attitudes, leur jugement critique, leurs comportements et leurs habiletés. De plus, elles pourront devenir plus autonomes dans la gestion des tâches à accomplir. Elles pourront aussi développer leurs propres standards de qualité et s'organiser pour qu'ils soient respectés.

7.2 Recommandations spécifiant «comment implanter le préceptorat»:

Recommandation # 5

Compte tenu du nombre imposant d'infirmières à l'urgence (104), de la disponibilité réduite de certaines à l'égard des activités de formation et des trois horaires de travail (jour, soir, nuit),
compte tenu qu'elles doivent développer une compréhension réciproque, améliorer leurs démarches professionnelles et personnelles, apprendre à travailler en équipe de façon méthodique, assurer la continuité des soins et la qualité des services à la clientèle, nous recommandons:

- de mettre en place de petits groupes de travail afin qu'elles apprennent à concevoir, planifier, déléguer et contrôler leurs tâches de façon à éliminer les problèmes, la communication inefficace et les conflits.

Recommandation # 6

Compte tenu que l'organisation encourage l'implication et la valorisation du personnel dans l'organisation du travail,
compte tenu que 100% des infirmières de l'urgence soutiennent les décisions de leurs collègues quand elles sont convaincues qu'elles sont bonnes, nous recommandons:

- de laisser, à chaque groupe de travail, la responsabilité d'élire comme préceptrice, la personne la plus apte à devenir leur leader, leur animatrice-motivatrice, leur modèle de rôle.

Recommandation # 7

Compte tenu que 42.6% des infirmières éprouvent de la difficulté à rallier les différents membres autour d'un but à atteindre, d'un nouveau mode de fonctionnement,

compte tenu que les principes de la relation d'aide sont moins bien maîtrisés et que les infirmières composent souvent avec un contexte de crise, nous recommandons:

- de former les préceptrices choisies pour leur donner des notions sur:
  - l'art d'influencer les autres, d'exercer un leadership positif;
  - la gestion des groupes;
  - la gestion des conflits;
  - l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins et des services.

Recommandation # 8

Compte tenu du contexte économique et des restrictions budgétaires, nous recommandons:

- d'utiliser, le plus possible, les ressources internes (infirmières cliniciennes, psychologues, les spécialistes en communication, en organisation du travail, etc.) afin de former le plus de préceptrices possibles pour assurer la relève et augmenter, de façon significative, les chances de réussite du programme de préceptorat.

Recommandation # 9

Compte tenu de la diversité des besoins de formation des infirmières à l'urgence,

compte tenu des nombreux changements environnementaux, organisationnels, professionnels et politiques,

compte tenu de l'accès limité aux activités de formation en dehors des heures de travail pour certaines infirmières, nous recommandons:

- d'organiser des mini-sessions de formation, des rencontres, de durée variable, tout au long de l'année afin:
  - de répondre, de façon ponctuelle, aux besoins identifiés;
  - d'introduire de nouveaux concepts théoriques, de nouvelles méthodes de travail, techniques de soins, procédures, etc.;
  - de faire le suivi sur les séances précédentes de formation;
  - de profiter des périodes d'accalmie à l'urgence pour apporter les ajustements nécessaires;
  - de faire de la mise à jour sur des sujets variés.

7.3 Problèmes potentiels reliés à l'implantation du programme de préceptorat

Le financement du programme de préceptorat semble être un des plus grands problèmes envisagés. La convention collective en application à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, celle de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (1989-1991, p. 222), stipule, à l'article 39.02, que «l'employeur consacre à chaque année un budget équivalent à deux jours de travail par équivalent temps complet à la formation en cours d'emploi». Ce qui représente une somme insuffisante pour implanter le programme de préceptorat à l'urgence. Comme les infirmières oeuvrant dans ce secteur d'activités auront à vivre d'importants changements au cours des deux prochaines années (rénovation des lieux, réorganisation des tâches, du travail en général), nous espérons que certaines ententes locales pourront être négociées afin de concrétiser ce projet et de les préparer adéquatement à répondre aux nouvelles orientations professionnelles et organisationnelles.

De plus, nous ressentons certaines inquiétudes. Est-ce que les infirmières de l'urgence vont être capables de dépasser leur morosité face à la décroissance économique pour adopter de nouvelles valeurs? Est-ce qu'elles vont aborder avec philosophie cette période de remise en question, le processus de révision des pratiques cliniques? Seul le temps nous permettra de répondre à ces questions. Toutefois, il est important qu'à travers tout le cheminement qu'elles auront à faire, qu'elles ne perdent jamais de vue la «raison d'être» du Service de l'urgence: l'usager.

Notre démarche pour réaliser le mandat confié s'achevant avec le dépôt des recommandations, nous pouvons maintenant conclure ce travail.

8. CONCLUSION

8. CONCLUSION

Le XX° siècle tire à sa fin et l'économie à l'échelle mondiale subit de profonds bouleversements, ce qui plonge les travailleurs dans un univers d'incertitude.

L'augmentation de la productivité des employés et de la qualité des services est devenue une nécessité car les taxes perçues dans les poches aplaties des contribuables ne suffisent plus à défrayer les coûts exorbitants encourus par les pratiques actuelles.

Étant optimiste de nature, la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Coeur entend profiter de ces moments de turbulence pour être et demeurer des leaders dans la réalisation des transformations professionnelles et administratives suscitées par la réforme des services de santé. Les services ambulatoires étant au coeur de cette réforme, le mandat d'identifier les besoins de formation des infirmières détentrices de postes à l'urgence nous est confié. Nous n'avons pas à bâtir les programmes de formation, mais à cibler les points précis sur lesquels il faut insister pour aider les infirmières à s'adapter aux divers changements de leur environnement instable et à devenir plus efficaces et efficientes.

Nous débutons notre démarche en examinant les documents disponibles à l'interne afin d'établir notre stratégie d'intervention. Vu l'absence de programme structuré de formation à l'urgence et le manque de perspective de

la formation en cours d'emploi actuelle, nous consultons différents auteurs en gestion et effectuons une revue de la littérature sur la formation en milieu organisationnel, sur la formation en milieu hospitalier et sur la profession infirmière.

Nous poursuivons notre cueillette de données en effectuant des entrevues semi-structurées auprès des dirigeants et de certains médecins impliqués à l'urgence. De plus, un questionnaire est distribué à 75 infirmières détentrices de postes à l'urgence.

L'analyse des données s'effectue de deux façons. Les informations recueillies au cours des entrevues sont colligées par l'auteure ainsi que les informations recueillies par le questionnaire touchant la justification de certaines difficultés éprouvées par les infirmières, les sujets de formation spécifiques et les méthodes pédagogiques suggérées. Les informations concernant les données démographiques, les données relatives à l'emploi et le profil de compétence en soins infirmiers à l'urgence sont traitées par informatique.

Les recommandations que nous soumettons énumèrent les besoins prioritaires de formation des infirmières et proposent l'implantation d'un programme de préceptorat afin de satisfaire les besoins présents et futurs. Nous sommes convaincus de la pertinence de cette solution parce qu'elle permet à la Direction des soins infirmiers de mettre en pratique la majorité des recommandations émises par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, parce qu'elle permet aux infirmières d'effectuer des apprentissages significatifs

pour actualiser leur potentiel, améliorer leur pratique et la qualité de la prestation des soins et services aux usagers et finalement, parce qu'elle rejoint la ligne de conduite tracée dans la planification stratégique.

Nous retenons de cette étude que l'expérience clinique, aussi riche soit-elle, ne suffit pas à garantir le développement professionnel optimal, ni l'excellence dans la prestation des services. L'esprit humain a constamment besoin d'être nourri par de nouvelles assises théoriques afin de moderniser ses mécanismes d'adaptation et de maintenir un certain équilibre dans la satisfaction des besoins. La Direction des soins infirmiers a la responsabilité d'aider les infirmières à développer leur potentiel afin qu'elles affrontent, d'une façon plus sereine, les défis à relever. Par contre, c'est à chacune d'entre elles que revient la responsabilité de maintenir, tout au long de leur carrière, leur compétence. Les intérêts des deux parties sont bien servis dans la mesure où elles s'entendent sur les valeurs à adopter, sur les objectifs à poursuivre et les résultats à atteindre.

Nous ne saurions mettre un point final à ce projet d'intervention sans exprimer certaines convictions profondes. La croissance personnelle, professionnelle ou organisationnelle ne peut se réaliser en un temps record, même si de fortes pressions s'exercent de part et d'autre. Les succès récoltés sont souvent à la mesure du temps, des efforts et des montants consentis. Seule une vision précise peut guider l'homme ou l'entreprise sur les chemins parfois sinueux de la réussite. Elle est le gouvernail qui permet de traverser les obstacles et de persévérer vers le but.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Adam, E. (1991), Être infirmière: un modèle conceptuel, Laval: Les Éditions Études Vivantes.

Association des hôpitaux du Québec (1988), Guide pour élaborer une politique locale de formation et de développement des ressources humaines, Québec, Bibliothèque Nationale du Québec.

Ballard, A. L. (1989), «Getting started: Learning needs assessment, Part I», Journal of Nursing Staff Development, Vol. 5, No. 2, March-April, pp. 91-95.

Bédard, N. (1990), La motivation et la satisfaction au travail des infirmières au Centre hospitalier Pierre Boucher, (Rapport d'Intervention présenté à l'ENAP), Montréal.

Benner, P. (1982), «From novice to expert», American Journal of Nursing, Vol. 82, No. 3, pp. 402-407.

Benner, P. (1982), «Issues in competency-based testing», Nursing Outlook, No. 30, pp. 303-309.

Benner, P. (1984), From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Mento-Park, California, Addison-Wesley.

Benner, P. (1986), Excellence in Clinical Nursing Practice, Long Beach: University of Southern California.

Bigras, T. (1992), «Buts et objectifs du service d'urgence», Manuel de gestion de l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Section 3.

Brown, B. J. (1978), «Continuing education: Who cares about C.E.?», Nursing Administration Quaterly, Vol. 2, No. 2, pp. V-VIII.

Dreyfus, H. (1979), What Computers Can't Do: A Critique of Artificial Reason, New-York: Harper and Row.

Drouin, C. (1993), Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal: Étude de la clientèle de 65 ans et plus, Janvier.

Emergency Nurses Association (ENA) (1989), «Emergency nursing scope of practice», Journal of Emergency Nursing, July-August, pp. 361-364.

Fédération des Infirmières et Infirmiers du Québec (1989-1991), Convention collective intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le Sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.

Frenette-Leclerc, C. A. (1992), «Sur la route de l'expertise», Revue Nursing Québec, Vol. 12, No. 1, pp. 48-54.

Gagné, R., Langevin, J. L., Sartori, D., Combes, J. E. (1988), À chacun sa propre entreprise performante au sein de l'entreprise, Ottawa: Agence D'Arc Inc.

Gerrish, C. A. (1990), «Purposes values and objectives in adult education - The post-basic perspective», Nurse Education Today, April, Vol. 10, No. 2, pp. 118-124.

Hawley, M. P. (1992), «Sources of stress for emergency nurses in four urban Canadian emergency departments», Journal of Emergency Nursing, June, Vol. 18, No. 3, pp. 211-216.

Hôpital du Sacré-Coeur (sans date), «Mission de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal», Manuel de gestion de la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Section 1, sans page.

Hôpital du Sacré-Coeur (1990), «Philosophie de la Direction des soins infirmiers», Manuel de gestion de la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Section 2.

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (1993), Planification stratégique - Révision 1994-1997 - Cadre de réflexion, Octobre, Tableau 8.

Larouche, V., Delorme, F. (1972), «Satisfaction au travail: reformulation théorique», Relations Industrielles, Vol. 27, No. 4, pp. 567-599.

Latumba Ntetu, A. (1992), «Variables impliquées dans le développement des stratégies de formation dans les organisation», Revue des Sciences de l'Éducation, Vol. XVIII, No. 1, pp. 67-81.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (1980), Hypothèse de cadre conceptuel en nursing.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (1985), Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers, Extraits de l'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (1993), Rapport de la visite de surveillance générale de l'exercice de la profession, (Rapport présenté à la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal en janvier 1993).
Conseillère-Enquêteure: Mme Gisèle Guertin-Besner.
Service de l'Inspection Professionnelle.

Riopel, L., Grondin, L., Phaneuf, M. (1984), Soins infirmiers: Un modèle centré sur les besoins de la personne, Montréal: Mc Graw-Hill.

Sekiou, L., Blondin, L., Fabi, B., Chevalier, F., Besseyre des Horts, C. H. (1992), Gestion des ressources humaines, Montréal: Les Éditions 4L Inc.

Snyder-Halpern, R. (1990), «Performance-based staff development - A baseline for clinical competence», Journal of Nursing Staff Development, January-February, pp. 7-11.

Tormen, G. (1991), L'urgence à l'hôpital - L'urgence dans la ville, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Tremblay, G. (1990), «Le système d'apprentissage mis en place au Holland College: une approche de formation individualisée et centrée sur les compétences», Bulletin d'Information (Fonds pour l'implantation de la reconnaissance des acquis au collégial), Février, Vol. 6, No. 7, 26 pages.

Ulrich, M., Chagnon-Lamarche, M. (1984), Soins d'urgence, perspectives infirmières, Montréal: Édition du Renouveau Pédagogique.

ANNEXES

ANNEXE A

Loi sur la santé et les services sociaux (Loi 120)
Implications hospitalières

Loi sur la santé et les services sociaux (Loi 120)

IMPLICATIONS HOSPITALIÈRES

La mise sur pied de nouvelles structures consultatives auprès du Conseil d'administration: le Conseil des infirmières et infirmiers, le Conseil multidisciplinaire, le Comité des usagers, le Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires.

Un plan de développement des ressources humaines.

Une procédure d'examen des plaintes.

L'élaboration d'un code d'éthique pour l'établissement.

La confection de plans régionaux d'organisation des services (PROS).

Une approche par programme du financement des établissements.

La concertation et complémentarité des ressources entre les établissements.

L'intégration de la santé communautaire (santé publique) au niveau régional.

Source: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (1993, Annexe 3).

ANNEXE B

Les quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

LES QUATORZE BESOINS FONDAMENTAUX SELON VIRGINIA HENDERSON

- Respirer
- Boire et manger
- Éliminer les déchets biologiques
- Se mouvoir et se maintenir dans une position convenable
- Dormir et se reposer
- S'habiller et se déshabiller
- Maintenir la température du corps dans les limites normales
- Être propre et protéger ses téguments
- Communiquer avec ses semblables
- Pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances
- S'occuper de façon à se sentir utile
- Se recréer
- Apprendre

Source: Adam, E. (1991, p. 12).

ANNEXE C

Fonctions générales et spécifiques de l'infirmière à l'urgence

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Direction des soins infirmiers

SERVICE DE L'URGENCE

FONCTIONS GÉNÉRALES DE L'INFIRMIÈRE

FONCTIONS GÉNÉRALES DE L'INFIRMIÈRE DANS LE SERVICE DE L'URGENCE

DÉFINITION

Infirmier(ère)

Personne qui détient son permis d'exercice de l'O.I.I.Q. et qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers et/ou collabore à l'administration de procédés thérapeutiques, préventifs, diagnostiques et de recherche (Convention collective F.I.I.Q. - 17 mars 1987 au 31 mars 1988, article 30.01).

Procédé de soins

Description des différentes procédures, méthodes et limites propres au milieu qui doivent être observées par quiconque lorsqu'un acte est posé et qui sont établies par la Directrice des soins infirmiers (Tiré: Décret 1423-80).

Protocole

Description des procédures, méthodes ou limites qui doivent être observées par quiconque lorsque tout acte est posé et qui sont établies par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou par le chef de département clinique après dépôt au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, après consultation du directeur ou du chef du service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées (Tiré: Décret 1422-80, Règlements sur l'organisation des établissements de santé, Conseil des ministres, octobre 1984).

Exercice infirmier

Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et de contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale (Loi sur les infirmières et les infirmiers, 1973, c. 48, art. 37).

Responsabilité de l'infirmière

Planifie, organise, coordonne, contrôle, évalue, enseigne et dispense les soins requis par chaque malade sous sa responsabilité tenant compte des diverses catégories de personnel et accomplit toute autre tâche demandée par le supérieur immédiat selon le code d'éthique professionnel.

Norme de compétence

"La norme est un énoncé de ce qui doit être. Appliquée à la compétence professionnelle, la norme se rapporte aux connaissances, aux habilités requises et à la capacité de les appliquer dans l'exercice de la profession" (Tiré: "L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec". Tome 3. Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers en soins de courte durée. O.I.I.Q., Novembre 1982).

Critère de compétence

"C'est un fait observable qui permet de juger de l'atteinte de la norme de compétence" (Tiré: "L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec". Tome 3. Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers en soins de courte durée. O.I.I.Q., Novembre 1982).

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Direction des soins infirmiers

SERVICE DE L'URGENCE

FONCTIONS ET TÂCHES SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE CHEF DE SECTION

FONCTIONS ET TÂCHES SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE CHEF DE SECTION

DÉFINITION

Infirmière qui, sous la surveillance d'une assistante chef de service, travaille en collaboration avec les infirmières, les préposés et les aides de service. Elle dirige, surveille et coordonne les activités de soins de son secteur. Elle prodigue des soins aux malades.

FONCTIONS

1. **Avec l'assistante**

   Travaille en collaboration avec l'assistante et l'informe adéquatement de la situation qui prévaut dans la section.

2. **Avec le personnel**

   Vérifie la présence du personnel dans chacune des salles et en informe l'assistante.

3. **Le matériel**

   S'assure de la disponibilité des ressources matérielles requises, du bon fonctionnement de l'équipement et de l'exactitude de calibrage des appareils.

4. **Les prélèvements**

   a) S'assure qu'il y a au réfrigérateur: 10 à 12 géloses au chocolat;
   S'assure qu'il y a au congélateur: 8 chlamydias.

   - Le préposé des cubicules est responsable d'aller chercher au laboratoire de bactériologie ces deux (2) spécimens.

   b) Distribue les résultats de laboratoire dans les différentes salles.

5. **Les malades à revoir**

S'assure que tous les malades à revoir le sont et ce, le plus tôt possible.

N.B.: Lors de la tournée régulière du chef de section, l'infirmière des salles communique le nom des malades à revoir.

Entre-temps, l'infirmière des salles informe la réceptionniste de l'attente d'un malade. La personne, commis intermédiaire, inscrit sur une feuille la liste des malades à revoir et la transmet au chef de section ou à l'assistante.

5.1 **Les consultations**

Vérifie les consultations et s'assure qu'elles sont effectuées dans les meilleurs délais.

6. **Les transferts interdépartementaux**

Les transferts interdépartementaux des malades sont effectués par les infirmières en collaboration avec les préposés. Le chef de section aide, au besoin, à effectuer les transferts avec le préposé.

7. **Avec l'infirmière au triage**

Travaille en collaboration avec l'infirmière au triage. L'infirmière au triage évalue le malade et se réfère au chef de section pour le "choix" de la salle.

7.1 **Salle de traumatologie/salle 7**

S'il y a un malade en traumatologie ou que la salle 7 est très débordée, le chef de section apporte son aide de façon prioritaire dans ces deux (2) salles.

À ce moment-là, l'assistante remplace le chef de section. À la salle d'urgence, il y a souvent des temps de surcharge de travail, l'infirmière établit alors des priorités puisque tout ne peut être réalisé en même temps.

8. **Avec l'infirmière-chef**

Signalise à l'infirmière-chef toute situation anormale et tout problème risquant de perturber l'état de santé ou la sécurité des malades et du personnel ou le déroulement des activités.

FONCTIONS	TÂCHES
• **Planifier des soins infirmiers** Prévoir et déterminer des actions à prendre en vue d'atteindre un objectif.	
- Recueillir les données pertinentes selon les besoins du malade. (Norme # 1)	- Consulter le dossier du malade. - Déterminer les démarches nécessaires pour rassembler toutes les données (malade, famille, membres du personnel infirmier et autres professionnels de la santé). - Consulter la documentation spécifique. - Consigner les données recueillies à l'histoire nursing et/ou au dossier.
- Identifier les besoins spécifiques du malade. (Normes # 2 et # 3)	- Interpréter les données recueillies au sujet du malade. - Formuler le plan de soins.
• **Organiser les soins infirmiers** Grouper les efforts individuels amenant une unité d'action dans la poursuite des objectifs.	
- Collaborer au travail à l'unité. (Norme # 7)	- Élaborer le plan des activités exécutées par les autres membres du personnel infirmier à partir des besoins des malades, des fonctions du personnel infirmier et des compétences individuelles. - Clarifier avec le professeur des maisons d'enseignement les apprentissages à être effectués par les stagiaires et y apporter sa collaboration. - Clarifier avec la monitrice les apprentissages à être effectués par le personnel en orientation et y apporter sa collaboration.

FONCTIONS	TÂCHES
• **Exécuter les soins infirmiers** (Norme # 4)	
- Contribuer aux méthodes de diagnostic.	- Prodiguer et participer aux soins requis par les malades. - Contribuer à la préparation physique et psychologique des malades.
- Assurer la continuité des soins lors du départ. (Norme # 6)	- Prévoir le départ des malades et effectuer les démarches nécessaires à la poursuite des soins.
• **Coordonner les soins infirmiers** S'assurer que les diverses actions individuelles soient synchronisées en vue de l'atteinte des objectifs de soins fixés tout en maintenant une harmonie entre les efforts individuels.	
- Coordonner les activités des malades et du personnel infirmier. (Normes # 7 et # 8)	- S'assurer de l'exécution des traitements, analyses, examens selon les horaires établis en tenant compte des priorités. - Identifier les difficultés relatives aux procédés et aux protocoles de soins et en informer l'infirmière responsable de l'unité. - Participer au programme de formation continue et favoriser la participation des membres du personnel infirmier. - Favoriser les bonnes relations entre les membres du personnel et signaler, au besoin, à l'infirmière-chef ou à sa remplaçante tout problème susceptible de perturber l'harmonie du service. - Collaborer à l'intégration et à l'orientation du nouveau personnel.

FONCTIONS	TÂCHES
• **Coordonner les soins infirmiers (suite)**	
- Assurer la continuité des soins donnés par le personnel infirmier. (Normes # 6 et # 7)	- Synthétiser et transmettre les informations pertinentes relatives à chaque malade aux personnes concernées. - Recueillir auprès des membres du personnel infirmier les observations pertinentes concernant les malades.
- Assurer la continuité des soins dans l'équipe multidisciplinaire. (Normes # 6 et # 10)	- Échanger avec les autres professionnels sur le but poursuivi dans le traitement. - Informer les autres professionnels des objectifs de soins qu'elle poursuit avec les malades. - Coordonner avec le malade et les autres professionnels les activités prévues au plan thérapeutique. - Tenir compte des activités thérapeutiques planifiées par les autres professionnels dans les soins prodigués par les membres du personnel infirmier.
• **Contrôler les soins infirmiers** Vérifier si les actions posées à tous les niveaux d'intervention sont conformes aux objectifs fixés. (Norme # 9)	
- S'assurer de la mise à jour du dossier de chaque malade. (Norme # 9)	- Relever les nouvelles ordonnances. - Aviser les personnes concernées de toute modification des ordonnances et des besoins du malade. - Maintenir l'ordre dans les dossiers selon les procédures établies. - Vérifier si les procédés de soins, les protocoles et l'ordonnance médicale sont respectés.

FONCTIONS	TÂCHES
• **Contrôler les soins infirmiers (suite)**	
- Contrôler l'administration des médicaments.	- Vérifier si chaque malade a la quantité nécessaire de médicaments pour 24 heures.
	- S'assurer que les membres du personnel infirmier administrent adéquatement les médicaments.
- Contrôler l'administration des narcotiques et des barbituriques.	- S'assurer du respect de la politique relative à l'administration des narcotiques et des barbituriques.
- Contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation des malades.	- S'assurer du respect des recommandations des autres professionnels de la santé.
(Norme # 10)	
- Contrôler le matériel.	- Vérifier la quantité et la qualité du matériel ainsi que son utilisation.
- Contrôler les annotations aux dossiers.	- Vérifier la qualité des annotations aux dossiers des infirmières auxiliaires, des stagiaires et du personnel en orientation (Voir délégation des actes 1423-80).
• **Enseigner**	
- Identifier les besoins d'apprentissage des malades et des familles.	- Créer la situation d'apprentissage.
- Donner l'enseignement nécessaire.	- Transmettre l'enseignement en termes accessibles au malade.
(Norme # 4)	- Faire faire des liens entre les connaissances et l'apprentissage.

FONCTIONS	TÂCHES
• **Enseigner (suite)**	
	- Fournir l'occasion d'appliquer le contenu appris.
	- Vérifier la compréhension à chaque étape.
	- Identifier les difficultés d'apprentissage et adapter l'enseignement en conséquence.
	- S'entendre pour faire appel aux ressources humaines et matérielles du milieu pour compléter l'enseignement, s'il y a lieu.
• **Évaluer les soins infirmiers** Apprécier si les résultats obtenus sont conformes aux objectifs visés. (Norme # 5)	
- S'assurer de la pertinence des observations des infirmières auxiliaires, des stagiaires et du personnel en orientation en regard du jugement porté.	- Évaluer le satisfaction des besoins du malade.
- S'assurer que les étapes de la démarche en soins infirmiers sont respectées.	- Rechercher les causes de la non satisfaction, s'il y a lieu.
- Appliquer les correctifs.	- Reformuler le plan de soins.
• **Effectuer toute autre tâche pertinente à la demande de son supérieur immédiat.**	

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Direction des soins infirmiers

SERVICE DE L'URGENCE

FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE AFFECTÉE AUX SOINS DES MALADES DANS LES SALLES DE "CHOCS"

(Révisé en Mars 1992)

FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE AFFECTÉE AUX SOINS DES MALADES DANS LES SALLES DE "CHOCS"

Salles de chocs: 6, 7, 8, 11, 15, observation.

DÉFINITION

Infirmière qui, sous la surveillance de l'assistante, assume la responsabilité d'un ensemble de soins à dispenser aux malades identifiés en besoins urgents de soins vitaux. Elle travaille en collaboration avec les préposés et les aides de service.

FONCTIONS

1. **Rapport**

   Assiste au rapport du service précédent donné par les infirmières de chaque salle.

2. **Vérification générale**

   Vérifie la condition des malades: signes vitaux et neurologiques, pansements, etc., et le fonctionnement des solutés et des appareils.

3. **Connaissance des dossiers**

   Prend connaissance des dossiers, en fait la relève, vérifie la tenue des dossiers: feuilles de consultation brochées ensemble selon la spécialité, rapports de laboratoire en ordre et brochés, résultats inscrits sur une feuille jaune de laboratoire placée au dossier.

   3.1 Vérifie la présence au dossier des feuilles de signes vitaux et de signes neurologiques si la condition du malade l'exige.

   3.2 S'assure de la présence d'une feuille de consultation pour la prochaine visite du médecin traitant et de la feuille d'ordonnance.

   3.3 Pagine les feuilles d'observation de l'infirmière.

   3.4 Vérifie si les requêtes de laboratoire sont complétées pour les prélèvements éventuels, au nom de chaque malade.

   3.5 Pour les malades en cardiologie, demande un contrôle d'électrocardiogramme (É.C.G.) tous les matins, avant 08 h 00.

4. **Vérification de la salle**

Procède, une (1) fois par semaine, à la vérification de la salle 7 à l'aide du cahier de vérification:

a) matériel: avise l'aide de service s'il manque de matériel;
b) soluté: avise le préposé s'il manque de soluté;
c) appareil: avise soit l'assistante, le chef de section ou la secrétaire s'il y a défectuosité quelconque;
d) vérifie le chariot de réanimation enfant;
e) signe le cahier de vérification, une fois le tout complété.

5. **Installation d'un nouveau malade**

À l'admission d'un nouveau malade:

- accueille le malade, le rassure, le déshabille avec l'aide du préposé si possible;
- couche le malade;
- prend les signes vitaux et lui explique tous les soins donnés;
- avise la réceptionniste de la présence du nouveau malade et lui donne son nom;
- s'il s'agit d'une situation urgente, demande le médecin en STAT à la réceptionniste (salle 7);
- fait un brève histoire de la maladie;
- note la médication actuelle de l'usager, la présence d'allergie;
- respecte le protocole établi face à l'arrivée d'une personne: avec une douleur rétrosternale, un oedème aigu du poumon, en choc, en rythme cardiaque irrégulier, etc.;
- complète une feuille d'observation de l'infirmière;
- complète un plan de soins (kardex) avec la date et l'heure d'arrivée du malade.

6. **Prélèvements**

À l'envoi des prélèvements au laboratoire, il est nécessaire de remettre à la réceptionniste une carte de laboratoire qui contient les renseignements suivants:

- Nom du malade;
- Date et heure du prélèvement;
- Endroit où se trouve le malade;
- Analyses demandées;
- Pour la biochimie, autocollants apposés aux tubes respectifs de chaque malade.

7. **Demande de consultation**

Lors d'une consultation ou d'un transfert à un spécialiste, la réceptionniste doit en être informée et une note à cet effet est versée au dossier.

7.1 **Congé médical du spécialiste**

- Si transfert: l'omnipraticien n'a pas à revoir le malade.

- Si consultation: l'omnipraticien doit revoir le malade avant son départ pour signer son congé définitif et s'assurer qu'il aura un suivi.

8. Demande d'hospitalisation

Si une hospitalisation est demandée, l'infirmière suit la procédure à cet effet:

a) Le médecin remplit la carte verte d'hospitalisation.

b) L'infirmière complète la carte en inscrivant:

- la date et l'heure d'arrivée du malade;
- la date et l'heure de la demande et l'endroit où se trouve le malade;
- cette carte est acheminée au secrétariat (3ème guichet).

N.B. Si la famille est présente, l'infirmière lui demande d'aller compléter l'admission au même endroit.

c) De plus, elle adressographe une carte rose et inscrit:

- la date et l'heure de la demande;
- la spécialité et le nom du spécialiste qui effectue l'hospitalisation et le diagnostic;
- inscrit également l'endroit où se trouve le malade et remet cette carte à la réceptionniste.

8.1 L'infirmière note au dossier la demande d'hospitalisation (date et heure) et l'inscrit au plan de soins (kardex) par la lettre "H".

8.2 L'infirmière vérifie si le malade est informé de la demande d'hospitalisation.

9. Demande pour la salle d'opération

Procédures pour intervention chirurgicale à suivre. L'infirmière s'assure que le malade est informé et qu'il est à jeun.

9.1 Analyses de routine

Laboratoires de routine: formule sanguine complète, glycémie, analyse d'urine;
pour gynécologie: test de grossesse, beta-HCG;
pour les autres: sang en réserve si nécessaire, électro-cardiogramme pour les usagers de plus de 40 ans ou à la demande du médecin.

9.2 Consentement opératoire

L'infirmière complète le consentement opératoire et d'anesthesie (ne jamais utiliser d'abréviations pour désigner le genre d'opération) et le fait signer par les personnes dûment autorisées.

Elle s'assure que la requête opératoire est bien reçue à la salle d'opération.

9.3 **Vérification préopératoire**

a) L'infirmière remplit la feuille "Liste de vérification préopératoire".

b) Aide le malade à se déshabiller, le revêt d'une jaquette d'hôpital, lui fait enlever ses bijoux ainsi que tous ses effets personnels et les remet à la famille si possible. Sinon, les identifie, y inscrit le numéro de la chambre où il sera hospitalisé et les fait parvenir à la chambre.

N.B. Ne jamais faire parvenir d'effets personnels à la salle d'opération.

c) Place au bras du malade un bracelet d'identification.

d) Fait rédiger l'histoire de cas par l'interne ou sinon joint l'histoire de cas de l'omnipraticien (si histoire bien complète).

10. **Prémédication**

Deux (2) infirmières doivent prendre et vérifier la prémédication si elle est donnée au téléphone par l'anesthésiste. Par la suite, elles signent leur nom au dossier.

11. **Dossier complété**

L'infirmière rédige ses notes d'observation et s'assure que le dossier est complet avant le départ du malade.

12. **Transferts externes**

S'il s'agit d'un transfert vers un autre centre hospitalier, l'infirmière informe ce centre de l'arrivée du malade par l'entremise de l'infirmière de liaison.

S'il s'agit d'un transfert pour le pavillon Albert-Prévost, l'infirmière informe l'urgence psychiatrique et envoie avec le malade, accompagné d'un préposé, son dossier physique et psychiatrique.

L'infirmière informe la réceptionniste du départ de l'usager.

13. **Travail en équipe**

Aussitôt les tâches terminées, chaque infirmière offre son aide aux autres membres de l'équipe.

14. **Examens divers**

a) **Radiologie:** Pour les malades qui demeurent à l'urgence, une requête de radiologie doit être dûment remplie (inscrire lisiblement la date, l'heure et l'adresse) et acheminée au Service de radiologie.

b) **Examens divers externes:** L'infirmière de liaison remet au malade la requête appropriée à l'examen demandé et l'avise de l'heure et de la date de son rendez-vous.

c) **Urgence spéciale:** Le personnel du service de soir et de nuit dépose les requêtes d'examen dans un casier situé au poste 1. L'assistante de jour vérifie les requêtes et les achemine.

DIVERS

15. **Demande de Service social**

Toute demande au Service social (2250) doit être acheminée au bureau situé près de la salle de repos.

16. **Demande d'hébergement**

Le Service de gériatrie s'occupe d'hospitaliser les malades qui ont une demande d'hébergement. Il est primordial, avant de demander l'hospitalisation en hébergement, que le malade soit évalué par la travailleuse sociale.

17. **Règles de discipline**

a) Éviter de parler fort dans les différentes salles et les corridors.

b) Il est interdit de fumer dans les différentes salles et les corridors.

c) Il est interdit de boire du café et de manger en travaillant.

18. **Messages**

Toute personne passe par la réceptionniste pour communiquer l'information (Exemples: transfert, examens, départ, etc.).

19. **Cédule de travail**

L'infirmière achemine à l'assistante toute demande de modification à la cédule de travail.

20. **Pause café**

Les pauses café sont de quinze (15) minutes le matin et de quinze (15) minutes l'après-midi.

Le temps de dîner ou de souper est de soixante (60) minutes.

21. **Transfert vers l'unité 5ème E**

Pour les transferts vers l'unité 5ème E, les films radiologiques, les médicaments et les dossiers antérieurs doivent suivre l'usager.

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Direction des soins infirmiers

SERVICE DE L'URGENCE

FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE AFFECTÉE AUX SOINS DES MALADES DANS LES "CUBICULES"

FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE AFFECTÉE AUX SOINS DES MALADES DANS LES "CUBICULES"

Les cubicules comprennent les salles: 1, 2, 3, 4, 5 et les salles d'examen des spécialistes situées près du bloc opératoire.

DÉFINITION

Infirmière qui, sous la surveillance de l'assistante, assume la responsabilité d'un ensemble de soins à dispenser aux malades qui se présentent en consultation d'urgence. Elle travaille en collaboration avec les préposés et les aides de service.

FONCTIONS

1. **Rapport**

   Assiste au rapport du service précédent donné par les infirmières des cubicules.

   1.1 **Pour le service de jour**

   Deux (2) infirmières doivent être polyvalentes, c'est-à-dire, habilitées pour travailler dans les salles d'observation, court séjour ou la salle II (là où il y a le plus de travail et ce, de 08 00 a.m. à 09 h 00 a.m.).

2. **Dossier des malades de la salle d'attente**

   Les dossiers des malades sont apportés par l'infirmière à l'accueil et placés par ordre de priorité (codifiés de 1 à 4) près de la salle 4.

   2.1 **Installation des malades dans les salles d'examen**

   Les infirmières, à tour de rôle ou selon le nombre de dossiers, appellent les malades au micro (situé juste au-dessus des dossiers) et leur demandent de se présenter dans la salle d'examen désignée.

   2.2 L'infirmière demande au malade (si cela n'est déjà fait) d'enlever ses vêtements et de revêtir une jaquette de l'hôpital.

   2.3 L'infirmière s'assure que les signes vitaux ont été pris et enregistrés (T.A., pouls, respiration et température).

   N.B. Si la personne ne peut garder la bouche complètement fermée, la température est prise par voie axillaire ou rectale (Exemple: difficulté respiratoire, enfants, etc.).

   2.4 Elle respecte l'intimité du malade durant l'examen ou le traitement.

3. Le cubicule no. 4 doit être gardé pour voir des personnes sans grave pathologie ou pour revoir des malades une fois que les résultats des tests et des examens sont connus.

4. Les cubicules nos. 2 et 5 sont utilisés de préférence quand il y a des examens gynécologiques à prévoir.

5. **Procédure après examen**

Une fois l'examen terminé, l'infirmière remplit l'ordonnance du médecin et demande au malade de retourner dans la salle d'attente.

N.B. Explique au malade combien de temps il devra attendre et pour quelles raisons (Exemple: laboratoires, spécialistes, etc.).

6. **Malade à placer sous observation**

Si le malade doit être observé ou couché, l'infirmière demande une civière dans les cubicules, installe le malade et demande à l'assistante le numéro de la salle où le malade sera placé.

N.B. À ce moment, elle remplit les ordonnances médicales.

6.1 Malade sous observation

Lorsqu'un malade est couché et sous observation, l'infirmière:

a) remplit les ordonnances médicales;
b) rédige des notes d'observation sur une feuille;
c) rédige un plan de soins (kardex);
d) informe la réceptionniste du nom du malade et de l'endroit où il se trouve.

7. **Fonctionnement général des cubicules**

Les infirmières des cubicules voient au mouvement des malades dans les salles d'examen et font en sorte qu'ils soient préparés adéquatement et à temps.

7.1 Les infirmières reçoivent et classent les rapports de laboratoire ainsi que les films radiologiques qui concernent les malades qui se trouvent dans les cubicules.

8. **Pour les demandes de consultation**

Lorsqu'un malade ambulant a une consultation avec un spécialiste, l'infirmière:

a) demande au malade de se diriger dans la salle d'attente près du bloc opératoire;

b) voit à ce qu'il ait une jaquette si cela est nécessaire (selon le genre d'examen);

c) place le dossier dans le casier du spécialiste au poste I.

8.1 Lorsqu'un spécialiste voit un malade, il est considéré comme membre de l'équipe soignante de l'urgence.

8.2 Lorsque le dossier revient, les ordonnances sont remplies.

9. **Bloc opératoire**

Si présence de plaie: l'infirmière la désinfecte et la nettoie suffisamment (le peroxyde dissout bien le sang séché) pour bien évaluer le besoin d'une réparation avec sutures.

9.1 Si sutures nécessaires, l'infirmière:

a) place un pansement temporaire compressif si saignement;

b) dirige le malade vers la salle d'attente du bloc opératoire;

c) l'infirmière qui s'occupe du bloc opératoire installe le malade et avise le médecin lorsque tout est prêt.

N.B. Si le médecin se fait attendre trop longtemps (plus de dix (10) minutes), elle avise l'assistante.

10. **Vaccination**

À l'administration d'une vaccination "anatoxine", une feuille avec les renseignements nécessaires pour les rappels est remise au malade.

10.1 L'infirmière s'assure que l'usager a très bien compris les explications.

N.B. Le rappel se donne si le malade n'a pas eu de vaccination depuis cinq (5) ans. Le malade peut se référer au C.L.S.C. pour les rappels.

11. **Congé médical**

Si le malade a son congé médical, l'infirmière s'assure de la compréhension par le malade des conseils, des recommandations et des rendez-vous qui lui ont été donnés, soit par le médecin ou par l'infirmière.

DIVERS

12. **Demande de Service social**

Un membre du personnel du Service social est présent à l'urgence (tél.: 2250). L'infirmière achemine les demandes au bureau désigné situé près de la salle de repos.

Horaire:	09 h 00 a.m. à 14 h 00 p.m. -	5 jours par semaine.
	14 h 00 p.m à 22 h 00 p.m. -	5 jours par semaine.
	09 h 00 a.m. à 17 h 00 p.m. -	samedi seulement.

13. **Demande d'hébergement**

Le coordonnateur médical de l'urgence est le responsable de la décision d'hospitaliser les personnes qui ont une demande d'hébergement faite par le Service social.

L'infirmière voit à ce que l'évaluation par le personnel du Service social précède toujours la demande d'hospitalisation en hébergement.

HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL
Direction des soins infirmiers

INFIRMIÈRE BACHELIÈRE DE LIAISON EN SOINS À DOMICILE

DESCRIPTION DE POSTE

A- IDENTIFICATION DU POSTE

Titre d'emploi:	Infirmière bachelière - temps complet
Nombre de postes affectés:	1 T.C. - 1 T.P. (20 heures/semaine)
Services:	Urgence, unités de soins et cliniques externes
Direction:	Soins infirmiers
Supérieur immédiat:	Infirmière-chef du service des urgences
Lieu de travail:	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

B- DESCRIPTION SOMMAIRE

Sous la responsabilité de l'infirmière-chef, le titulaire du poste intervient auprès des usagers requérant des soins et des services à domicile et auprès de leurs proches. Lors de situations problématiques en matière de santé, son approche personnalisée vise à offrir aux usagers et à leurs proches différents moyens favorisant leur prise en charge et répondant à leurs besoins.

Compte tenu de la complexité de la situation, de ses connaissances sur l'impact de la maladie au point de vue bio-physiologique et psycho-socio-culturel, sa démarche professionnelle a pour but d'assurer à l'usager et à sa famille:

- des soins infirmiers individualisés;
- l'élaboration rapide d'un plan d'intervention en interdisciplinarité;
- la continuité des interventions;
- la complémentarité avec les ressources du réseau de la santé.

C- DESCRIPTION DES ACTIVITÉS ET/OU DES RESPONSABILITÉS

Dans l'exercice de ses fonctions, l'infirmière de liaison en soins à domicile répond aux normes et critères de compétence, tels qu'élaborés par l'O.I.I.Q. Les activités et/ou les responsabilités spécifiques à son rôle à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal sont les suivantes:

1. Recueille les données reliées à la capacité de prise en charge de l'usager pour la clientèle du centre hospitalier requérant du maintien à domicile.

2. Fait le lien entre les données recueillies, ses observations et l'état de santé de l'usager de façon à identifier ses besoins ainsi que ceux de sa famille.

3. Définit les priorités et les stratégies appropriées afin de satisfaire les besoins de cette clientèle requérant des soins infirmiers complexes.

4. Élabore les lignes directrices d'un plan de soins infirmiers individualisés.

5. Agit comme personne-ressource auprès de ses collègues en soins infirmiers et de l'équipe multidisciplinaire, en regard des besoins de l'usager et de sa famille ainsi que des interventions requises.

6. Organise le retour à domicile en mettant en oeuvre les moyens identifiés.

7. Assure la continuité en favorisant la participation de la famille.

8. Assure la continuité entre les intervenants du centre hospitalier, l'usager et sa famille: Service des urgences, cliniques externes, unités de soins.

9. Assure la continuité entre l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, les C.L.S.C., autres ressources du réseau et/ou les organismes communautaires: participation à différents comités (comité de liaison), techniques et traitements spécifiques aux besoins de l'usager etc.

10. Assure un suivi auprès de sa clientèle.

11. Participe aux rencontres multidisciplinaires.

12. Évalue les résultats de sa démarche.

13. Clarifie, auprès des infirmières, certaines dispositions, lois et nouvelles approches en soins infirmiers particulières à cette clientèle.

14. Prépare, anime ou supervise des rencontres professionnelles et des exposés scientifiques.

15. Adapte, selon les besoins, les outils existants.

16. Développe les outils requis et les met en application.

17. Collabore à la formation de stagiaires du baccalauréat.

18. Élabore les rapports nécessaires suite à la compilation de statistiques.

19. Effectue toute autre tâche pertinente à la demande de son supérieur immédiat.

D- PROFIL D'EXIGENCES

1- Exigences reliées au poste

a) Scolarité

- Baccalauréat en sciences infirmières ou es sciences.

b) Expérience

- Un (1) an d'expérience auprès de la clientèle en chirurgie.
- Un (1) an d'expérience auprès de la clientèle en médecine.
- De l'expérience en soins à domicile serait un atout.

c) Professionnelle

- Membre en règle de l'O.I.I.Q.

2- Exigences personnelles

- Sens des responsabilités.
- Capacité de travailler en équipe.
- Initiative et jugement.
- Créativité.
- Autonomie.
- Motivation.
- Tolérance au stress.
- Capacité à établir des priorités et à interagir.
- Habiletés de communication.
- Habiletés de conceptualisation.

ANNEXE D

Guide d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE

Besoins en formation des infirmières et infirmiers détenant un poste à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

1. Nom: _____

2. Titre d'emploi: _____

3. Qu'est-ce, pour vous, qu'une infirmière compétente à l'urgence?

4. Selon vous, quels seraient les sujets à aborder, les objectifs que nous devrions poursuivre dans nos prochains programmes de formation afin de rendre les infirmières de l'urgence plus compétentes?

ANNEXE E

Le questionnaire

Lettre d'introduction et consignes pour compléter le questionnaire

Le 14 février 1994

AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DÉTENANT UN POSTE À L'URGENCE DU PAVILLON PRINCIPAL DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL

Madame,
Monsieur,

Dans le cadre du programme de maîtrise en administration publique, de l'Ecole nationale d'administration publique (ENAP), j'étudie les besoins en formation des infirmières et infirmiers détenant un poste à l'urgence du pavillon principal de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Je sollicite donc votre collaboration pour remplir le questionnaire ci-joint afin de mener à bien cette étude.

Vos réponses au questionnaire sont **CONFIDENTIELLES**. Vous conservez votre **ANONYMAT** en tout temps.

Les résultats de l'étude seront disponibles en juin prochain à la Direction des soins infirmiers, pour celles et ceux qui seront intéressé(e)s.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration!

Sylvie St-Laurent
Étudiante

SSL/db

p.j.

CONSIGNES POUR COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE

- LISEZ BIEN LES INSTRUCTIONS.

- RÉPONDEZ SPONTANÉMENT.

  LES COMPORTEMENTS DÉCRITS VISENT UN **IDÉAL** À ATTEINDRE.
  IL EST NORMAL QUE VOUS AYEZ DE LA DIFFICULTÉ À ADOPTER CERTAINS COMPORTEMENTS, TEL QUE DÉCRIT.

- NE RÉPONDEZ PAS À UNE QUESTION DONT VOUS NE COMPRENEZ PAS LE SENS.

  INDIQUEZ **"QUESTION AMBIGUË"**.

- RÉPONDEZ AU QUESTIONNAIRE LE JOUR MÊME OÙ IL VOUS A ÉTÉ REMIS.

- RETOURNEZ LE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE QUI L'ACCOMPAGNE ET REMETTEZ-LE À VOTRE INFIRMIÈRE-CHEF OU À LA PERSONNE QU'ELLE VOUS AURA DÉSIGNÉE.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Questionnaire

ACTIVITÉ I: DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

INDIQUEZ VOTRE RÉPONSE PAR UN "X" ET COMPLÉTEZ LES INFORMATIONS AU BESOIN.

1. De quel sexe êtes-vous?

   Masculin ___

   Féminin ___

2. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

   Moins de 20 ans ___

   De 20 ans à 24 ans ___

   De 25 ans à 29 ans ___

   De 30 ans à 35 ans ___

   De 36 ans à 40 ans ___

   De 41 ans à 45 ans ___

   De 46 ans à 50 ans ___

   Plus de 50 ans ___

3. Quelle(s) langue(s) parlez-vous?

   Français ___

   Français et Anglais ___

   Autre(s) _____

4. Quelle(s) langue(s) écrivez-vous?

   Français ___

   Français et Anglais ___

   Autre(s) _____

ACTIVITÉ II: DONNÉES RELATIVES À L'EMPLOI

INDIQUEZ VOTRE RÉPONSE PAR UN "X" ET COMPLÉTEZ LES INFORMATIONS AU BESOIN.

5) Quelle est votre formation académique?

a) Diplôme en soins infirmiers ___

b) Diplôme d'études collégiales en techniques infirmières ___

c) Certificat(s) complété(s):

1er: _____

2ème: _____

3ème: _____

d) Baccalauréat Ès Sciences (par cumul de certificats) ___

e) Baccalauréat Ès Sciences infirmières

(de base) ___

pour infirmière déjà diplomée ___

f) Maîtrise: _____

6. Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière:

Moins de 5 ans ___

5 ans, moins de 10 ans ___

10 ans, moins de 15 ans ___

15 ans, moins de 20 ans ___

20 ans, moins de 25 ans ___

25 ans et plus ___

7. Nombre d'années d'expérience à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal:

Moins de 5 ans ___

10 ans, moins de 15 ans ___

15 ans, moins de 20 ans ___

20 ans, moins de 25 ans ___

25 ans et plus ___

8. Nombre d'années d'expérience à l'urgence du Pavillon principal:

Moins de 1 an ___
1 an, moins de 2 ans ___
2 ans, moins de 3 ans ___
3 ans, moins de 5 ans ___
5 ans et plus ___

9. Quel est votre statut d'emploi?

Temps complet régulier ___
Temps complet temporaire ___
Temps partiel régulier ___
Temps partiel temporaire ___

10. Quel est votre horaire de travail?

Jour ___
Soir ___
Nuit ___
Autre ___

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
LEADERSHIP 1	La capacité d'amener les membres d'un groupe à accomplir une tâche, à atteindre volontairement un objectif.	1.1 Je développe, par mes connaissances et mes comportements, une crédibilité qui favorise mon influence au niveau professionnel (leadership de compétence). 1.2 J'amène les autres à reconnaître l'importance d'une tâche et je suscite le dynamisme du groupe dans sa réalisation. 1.3 Je pousse mes idées, j'affirme mes positions, je clarifie mes "oui" et mes "non" avec les autres professionnels, les usagers, leurs familles, etc. 1.4 Je rallie les différents membres du groupe autour d'un but à atteindre, d'un nouveau mode de fonctionnement. 1.5 Je réussis à faire accepter aux autres une vision nouvelle des choses sans perdre ma crédibilité (rf. 1.1).					
TRAVAIL EN EQUIPE 2	La capacité d'agir au sein d'une équipe et de collaborer à la réalisation d'objectifs communs.	2.1 Je connais les fonctions des autres catégories de personnel infirmier qui participent à la prestation des soins. 2.2 Je recherche les avis, les propositions et les suggestions du personnel infirmier et des autres professionnels impliqués. 2.3 Je laisse s'exprimer les membres de l'équipe et vérifie la compréhension du message.					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
TRAVAIL EN EQUIPE 2 (suite)	La capacité d'agir au sein d'une équipe et de collaborer à la réalisation d'objectifs communs.	2.4 Je partage les activités à exécuter entre les membres du personnel et je donne les raisons motivant la répartition des tâches assignées. 2.5 J'établis de nouvelles priorités selon les besoins des usagers. 2.6 J'informe le personnel infirmier des changements apportés. 2.7 Je partage mes connaissances avec les membres de l'équipe et j'émets mes opinions, si nécessaire. 2.8 Je soutiens les décisions de mes collègues si je suis convaincue qu'elles sont bonnes et je donne du renforcement positif. 2.9 J'accepte des responsabilités au sein de l'équipe en soins infirmiers.					
COMMUNICATION ORALE 3	La capacité de transmettre des messages oraux de manière à être compris par les autres.	3.1 Je parle de façon audible en structurant mes messages. 3.2 Je laisse mon interlocuteur s'exprimer en lui demandant des précisions au besoin. 3.3 Je vérifie la compréhension de mes messages auprès de mes interlocuteurs. 3.4 J'identifie les limites à la communication: 3.4.1 limites de l'usager, de sa famille (ex.: handicap physique, culture différente, autre langue, angoisse, agressivité, etc.).					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
COMMUNICATION ORALE 3 (suite)	La capacité de transmettre des messages oraux de manière à être compris par les autres.	3.4.2 mes limites personnelles (manque de connaissance sur le vécu de l'usager, langue différente, préjugés, etc.). 3.5 Je prends les moyens nécessaires pour communiquer (stimuli sensoriels, interprètes, langue seconde, pictogrammes, programmes d'enseignement, etc.). 3.6 J'observe les principes de base d'une relation d'aide: 3.6.1 je démontre une attitude aidante; 3.6.2 je démontre de la congruence dans mes paroles et dans mes gestes; 3.6.3 j'accepte l'usager comme une personne ayant ses propres sentiments; 3.6.4 j'aide l'usager à explorer ses sentiments en termes concrets et spécifiques; 3.6.5 je prépare la fin de la relation. 3.7 Je communique les informations pertinentes relatives aux soins aux membres de l'équipe en soins infirmiers sur les différents horaires de travail et au moment des transferts des usagers sur les autres unités. 3.8 Je discute des situations problématiques avec l'usager, la famille ou les autres membres de l'équipe et je suis capable de désamorcer les conflits au besoin.					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement 2. Facilement 3. Difficilement 4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
COMMUNICATION ECRITE 4	La capacité de transmettre des messages écrits de manière à être compris par les autres.	4.1 Je formule le plan de soins avec la participation de l'usager, de la famille ou de ses pairs au besoin. 4.2 J'inscris les objectifs de soins au plan de soins. 4.3 J'inscris au plan de soins les interventions planifiées. 4.4 Je structure le contenu de mes notes d'observation au dossier (correspondance et congruence entre la collecte de données, le plan de soins et les notes d'observation). 4.5 J'utilise un vocabulaire professionnel et les abréviations en vigueur dans le centre hospitalier. 4.6 J'utilise les bons formulaires, les bonnes requêtes et inscrit les informations pertinentes au besoin.					
ESPRIT D'ANALYSE 5	La capacité d'identifier les éléments majeurs d'une situation en soins infirmiers, d'établir les liens entre eux afin d'en dégager les aspects essentiels à la synthèse.	5.1 J'identifie les éléments importants d'une situation et détecte les problèmes en soins infirmiers. 5.2 Je regroupe les éléments de façon logique: 5.2.1 lien entre mes observations et l'état de santé de l'usager; 5.2.2 lien entre mes observations et les conditions de vie de l'usager;					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement 2. Facilement 3. Difficilement 4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
ESPRIT D'ANALYSE 5 (suite)	La capacité d'identifier les éléments majeurs d'une situation en soins infirmiers, d'établir les liens entre eux afin d'en dégager les aspects essentiels à la synthèse.	5.2.3 Les mécanismes utilisés par l'usager et sa famille pour faire face à la situation problématique. 5.3 Je compare les éléments en établissant des liens. 5.4 Je tire des conclusions à partir des hypothèses que j'ai posées.					
ADAPTATION AU CHANGEMENT 6	La capacité d'être efficace dans toute situation de changement.	6.1 J'ajuste mes comportements en fonction de situations nouvelles: 6.1.1 nouvelle organisation du travail; 6.1.2 nouvelle technologie; 6.1.3 nouvelles méthodes de soins; 6.1.4 modifications des lois et des règlements relatifs à la profession, à la prestation des soins aux usagers et à leurs droits, etc. 6.2 Je fais face aux situations nouvelles en ayant recours aux ressources disponibles. 6.3 Je continue à dispenser les soins infirmiers individualisés et requis sans perdre de vue les priorités. 6.4 J'accepte mes erreurs et mes succès et je tire profit de mes expériences.					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
INNOVATION 7	La capacité de proposer et d'accepter des idées originales, c'est-à-dire, reconnaître que toutes les propositions sont dignes d'intérêt.	7.1 Je suis réceptive à toute proposition. 7.2 Je cherche à exploiter les bonnes idées des autres. 7.3 Je suis capable de sortir de ma routine quotidienne et d'imaginer de nouvelles alternatives. 7.4 Je reconnais aux autres le droit à l'erreur tant qu'ils prouvent leur bonne volonté, leur professionnalisme. 7.5 Je trouve des idées nouvelles à partir des situations vécues. 7.6 Je propose des moyens innovateurs pour augmenter l'autonomie de l'usager et des familles. 7.7 Je propose des moyens pour améliorer l'organisation du travail, le climat, la communication.					
PLANIFICATION 8	La capacité de prendre des décisions, de faire des choix au moment opportun dans le but de développer la prestation des soins infirmiers à court, moyen et long terme.	8.1 Je connais et j'applique les étapes nécessaires à la planification des soins infirmiers. 8.2 Je fais participer l'usager et sa famille à la planification des soins. 8.3 Je dégage une vision d'ensemble de la situation (objectifs de soins à poursuivre, forces, faiblesses, contraintes).					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement 2. Facilement 3. Difficilement 4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
PLANIFICATION 8 (suite)	La capacité de prendre des décisions, de faire des choix au moment opportun dans le but de développer la prestation des soins infirmiers à court, moyen et long terme.	8.4 J'articule les différentes activités dans un processus continu tout au long de mon horaire de travail. 8.5 J'évalue les risques et les impacts de mes choix et je prévois des alternatives.					
ORGANISATION 9	La capacité d'utiliser et de coordonner efficacement les ressources disponibles (humaines, matérielles et financières) afin d'atteindre les objectifs.	9.1 Je m'assure de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources nécessaires. (Ex.: Personnel suffisant, matériel et équipement requis pour entreprendre une tâche). 9.2 J'identifie les différentes activités de soins et les étapes de réalisation. 9.3 Je distribue les tâches selon les responsabilités et les fonctions. 9.4 Je coordonne et mets en oeuvre les différentes activités de soins (ex.: entente avec une autre unité pour transférer un usager). 9.5 Je m'assure du bon déroulement des activités de soins.					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
CONTRÔLE ET ÉVALUATION 10	La capacité d'utiliser des méthodes de contrôle et d'évaluer chaque étape de la démarche en soins infirmiers.	10.1 Je planifie des moyens pour contrôler les soins dispensés à l'usager. 10.2 J'utilise des moyens de contrôle de soins: 10.2.1 auprès des usagers, des familles (vérification de l'efficacité de la sédation, d'un traitement, etc.); 10.2.2 à l'aide de moyens techniques (notes aux dossiers, rapports d'incident/accident, etc.). 10.3 Je vérifie l'application des principes de la communication (rf.: 3.1 à 3.7). 10.4 Je vérifie l'application des principes de la relation d'aide (rf.: 3.8.1 à 3.8.5). 10.5 Je vérifie l'application des mesures de sécurité: 10.5.1 utilisation appropriée du matériel, des espaces (réservés à la circulation, au rangement, etc.); 10.5.2 identification des usagers; 10.5.3 techniques sécuritaires au point de vue prestation de soins, déplacement des usagers, etc.; 10.5.4 mesures d'urgence (évacuation, support aux sinistrés, etc.). 10.6 Je vérifie si le déroulement des activités de soins s'effectue comme prévu.					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement 2. Facilement 3. Difficilement 4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
CONTRÔLE ET ÉVALUATION 10 (suite)	La capacité d'utiliser des méthodes de contrôle et d'évaluer chaque étape de la démarche en soins infirmiers.	10.7 Je compare les résultats aux activités terminées. 10.8 J'apporte les correctifs appropriés. 10.9 Je modifie au besoin les objectifs de soins en les justifiant.					
DÉLÉGATION 11	La capacité de confier à une collaboratrice la responsabilité de certaines interventions de soins tout en lui assurant le soutien et les ressources appropriées.	11.1 J'explique à la personne concernée en quoi consiste la responsabilité confiée (les besoins de l'usager, les soins à donner, les points à respecter dans l'accomplissement des tâches). 11.2 Je m'assure que la personne concernée détient toute l'information nécessaire pour assumer la responsabilité confiée. 11.3 Je suis le déroulement des activités et je prends les mesures correctives appropriées à des intervalles réguliers. 11.4 Je clarifie avec la personne concernée les difficultés envisagées ou rencontrées dans ses nouvelles responsabilités.					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
DÉVELOPPEMENT 12	La capacité de développer ses ressources personnelles et de transmettre aux autres ses connaissances.	12.1 Je démontre ma capacité de m'auto-évaluer quant à ma compétence. 12.2 J'identifie mes besoins de formation, de soutien et de renforcement avec mes supérieur(e)s. 12.3 J'utilise des moyens pour maintenir à jour mes connaissances: 12.3.1 lectures; 12.3.2 cours; 12.3.3 journées d'étude; 12.3.4 conférences; 12.3.5 stages. 12.4 Je respecte dans ma pratique les dispositions: 12.4.1 du Code des professions; 12.4.2 de la loi sur les infirmières et les infirmiers; 12.4.3 du Code de déontologie; 12.4.4 les règlements des actes infirmiers (1423-80) 12.4.5 les règlements des actes médicaux. 12.5 Je connais les lois relatives aux droits des usagers et je m'y réfère au besoin: 12.5.1 Charte des droits et libertés de la personne; 12.5.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux;					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement 2. Facilement 3. Difficilement 4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	1	2	3	4	Pourquoi?
DÉVELOPPEMENT 12 (suite)	La capacité de développer ses ressources personnelles et de transmettre aux autres ses connaissances.	12.5.3 Loi sur la protection du malade mental; 12.5.4 Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées; 12.5.5 Code civil; 12.5.6 Loi sur la santé et la sécurité au travail; 12.5.7 Code du travail, etc. 12.6 Je conviens avec ma ou mon supérieur(e) des activités et des ressources de développement nécessaires pour acquérir les habiletés indispensables à la prestation des soins sur l'unité. 12.7 Je communique à ma ou mon supérieur(e) mon évaluation des activités de formation suivies. 12.8 Je profite des occasions qui se présentent pour mettre en pratique mes connaissances et adopter de nouveaux comportements.					

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ IV: SUGGESTIONS POUR DES SUJETS SPÉCIFIQUES

Suggestions pour des sujets spécifiques de formation
(exemples: techniques particulières, cas types, nouvelles méthodes de travail, situations problématiques, etc.).

_____

_____

_____

_____

_____

ACTIVITÉ V: SUGGESTIONS POUR DES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Suggestions pour des méthodes pédagogiques que vous aimeriez explorer.

_____

_____

_____

_____

_____

ANNEXE F

Sommaires des réponses

Sommaire des réponses

Les résultats au questionnaire

1. De quel sexe êtes-vous?

	Nombre	%
Masculin:	3	6%
Féminin:	47	94%
Total:	50	100%

2. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

	Nombre	%
Moins de 20 ans:	0	0%
De 20 à 24 ans:	4	8%
De 25 à 29 ans:	15	30%
De 30 à 35 ans:	14	28%
De 36 à 40 ans:	11	22%
De 41 à 45 ans:	4	8%
De 46 à 50 ans:	2	4%
Plus de 50 ans:	0	0%
Total:	50	100%

3. Quelle(s) langue(s) parlez-vous?

	Nombre	%
Français:	21	42%
Français et Anglais:	29	58%
Autre(s):	0	0%
Total:	50	100%

4. Quelle(s) langue(s) écrivez-vous?

	Nombre	%
Français:	29	58%
Français et Anglais:	21	42%
Autre(s):	0	0%
Total:	50	100%

5. Quelle est votre formation académique?

	Nombre	%
Diplôme en soins infirmiers:	7	14.3%
Diplôme d'études collégiales en techniques infirmières:	40	81.6%
Baccalauréat Ès Sciences (par cumul de certificats):	*3	*6.1%
Baccalauréat Ès Sciences infirmières (de base):	2	4.1%
Maîtrise:	0	0%
Total:	49	100%

* Nombre et pourcentage non cumulatifs car le Baccalauréat Ès Sciences (par cumul de certificats) n'est pas un programme de formation de base. Il complète le diplôme d'études collégiales en techniques infirmières.

6. Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière?

	Nombre	%
Moins de 5 ans:	10	20%
5 ans, moins de 10 ans:	15	30%
10 ans, moins de 15 ans:	9	18%
15 ans, moins de 20 ans:	9	18%
20 ans, moins de 25 ans:	6	12%
25 ans et plus:	1	2%
Total:	50	100%

7. Nombre d'années d'expérience à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal?

	Nombre	%
Moins de 5 ans:	13	26%
5 ans, moins de 10 ans:	15	30%
10 ans, moins de 15 ans:	10	20%
15 ans, moins de 20 ans:	10	20%
20 ans, moins de 25 ans:	1	2%
25 ans et plus:	1	2%
Total:	50	100%

8. Nombre d'années d'expérience à l'urgence du Pavillon principal?

	Nombre	%
Moins de 1 an:	7	14.6%
1 an, moins de 2 ans:	2	4.1%
2 ans, moins de 3 ans:	2	4.1%
3 ans, moins de 5 ans:	8	16.7%
5 ans et plus:	29	60.4%
Total:	48	99.9%

9. Quel est votre statut d'emploi?

	Nombre	%
Temps complet régulier:	26	52%
Temps complet temporaire:	2	4%
Temps partiel régulier:	15	30%
Temps partiel temporaire:	7	14%
Total:	50	100%

10. Quel est votre horaire de travail?

	Nombre	%
Jour:	15	30%
Soir:	16	32%
Nuit:	19	38%
Autre:	0	0%
Total:	50	100%

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition		Description des comportements	Total des répondants					%			
				1	2	3	4	Total	1	2	3	4
LEADERSHIP 1	La capacité d'amener les membres d'un groupe à accomplir une tâche, à atteindre volontairement un objectif.	1.1	Je développe, par mes connaissances et mes comportements, une crédibilité qui favorise mon influence au niveau professionnel (leadership de compétence).	5	33	6	2	**46**	10.9%	71.7%	13%	4.3%
		1.2	J'amène les autres à reconnaître l'importance d'une tâche et je suscite le dynamisme du groupe dans sa réalisation.	7	32	3	3	**45**	15.5%	71.1%	6.7%	6.7%
		1.3	Je pousse mes idées, j'affirme mes positions, je clarifie mes "oui" et mes "non" avec les autres professionnels, les usagers, leurs familles, etc.	11	31	5	1	**48**	22.9%	64.6%	10.4%	2.1%
		1.4	Je rallie les différents membres du groupe autour d'un but à atteindre, d'un nouveau mode de fonctionnement.	4	23	16	4	**47**	8.5%	48.9%	34%	8.5%
		1.5	Je réussis à faire accepter aux autres une vision nouvelle des choses sans perdre ma crédibilité (rf. 1.1).	5	29	8	5	**47**	10.6%	61.7%	17%	10.7%
TRAVAIL EN EQUIPE 2	La capacité d'agir au sein d'une équipe et de collaborer à la réalisation d'objectifs communs.	2.1	Je connais les fonctions des autres catégories de personnel infirmier qui participent à la prestation des soins.	28	21	0	1	**50**	56%	42%	0%	2%
		2.2	Je recherche les avis, les propositions et les suggestions du personnel infirmier et des autres professionnels impliqués.	25	24	1	0	**50**	50%	48%	2%	0%
		2.3	Je laisse s'exprimer les membres de l'équipe et vérifie la compréhension du message.	17	31	2	0	**50**	34%	62%	4%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	Total des répondants					%			
			1	2	3	4	Total	1	2	3	4
TRAVAIL EN EQUIPE 2 (suite)	La capacité d'agir au sein d'une équipe et de collaborer à la réalisation d'objectifs communs.	2.4 Je partage les activités à exécuter entre les membres du personnel et je donne les raisons motivant la répartition des tâches assignées.	17	28	3	0	48	35.4%	58.3%	6.3%	0%
		2.5 J'établis de nouvelles priorités selon les besoins des usagers.	24	24	2	0	50	48%	48%	4%	0%
		2.6 J'informe le personnel infirmier des changements apportés.	24	25	1	0	50	48%	50%	2%	0%
		2.7 Je partage mes connaissances avec les membres de l'équipe et j'émets mes opinions, si nécessaire.	21	28	1	0	50	42%	56%	2%	0%
		2.8 Je soutiens les décisions de mes collègues si je suis convaincue qu'elles sont bonnes et je donne du renforcement positif.	26	24	0	0	50	52%	48%	0%	0%
		2.9 J'accepte des responsabilités au sein de l'équipe en soins infirmiers.	28	17	4	1	50	56%	34%	8%	2%
COMMUNICATION ORALE 3	La capacité de transmettre des messages oraux de manière à être compris par les autres.	3.1 Je parle de façon audible en structurant mes messages.	15	33	2	0	50	30%	66%	4%	0%
		3.2 Je laisse mon interlocuteur s'exprimer en lui demandant des précisions au besoin.	21	29	0	0	50	42%	58%	0%	0%
		3.3 Je vérifie la compréhension de mes messages auprès de mes interlocuteurs.	16	31	3	0	50	32%	62%	6%	0%
		3.4 J'identifie les limites à la communication:									
		3.4.1 limites de l'usager, de sa famille (ex.: handicap physique, culture différente, autre langue, angoisse, agressivité, etc.).	16	31	2	0	49	32.7%	63.3%	4%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition		Description des comportements	Total des répondants					%			
				1	2	3	4	Total	1	2	3	4
COMMUNICATION ORALE 3 (suite)	La capacité de transmettre des messages oraux de manière à être compris par les autres.		3.4.2 mes limites personnelles (manque de connaissance sur le vécu de l'usager, langue différente, préjugés, etc.).	7	30	5	1	**43**	16.3%	69.8%	11.6%	2.3%
		3.5	Je prends les moyens nécessaires pour communiquer (stimuli sensoriels, interprètes, langue seconde, pictogrammes, programmes d'enseignement, etc.).	6	32	12	0	**50**	12%	64%	24%	0%
		3.6	J'observe les principes de base d'une relation d'aide:									
			3.6.1 je démontre une attitude aidante;	12	35	3	0	**50**	24%	70%	6%	0%
			3.6.2 je démontre de la congruence dans mes paroles et dans mes gestes;	10	35	2	0	**47**	21.3%	74.5%	4.2%	0%
			3.6.3 j'accepte l'usager comme une personne ayant ses propres sentiments;	13	30	5	0	**48**	27%	62.5%	10.5%	0%
			3.6.4 j'aide l'usager à explorer ses sentiments en termes concrets et spécifiques;	4	30	13	0	**47**	8.5%	63.8%	27.7%	0%
			3.6.5 je prépare la fin de la relation.	2	28	13	3	**46**	4.3	60.9%	28.3%	6.5%
		3.7	Je communique les informations pertinentes relatives aux soins aux membres de l'équipe en soins infirmiers sur les différents horaires de travail et au moment des transferts des usagers sur les autres unités.	21	26	1	1	**49**	42.9%	53.1%	2.0%	2.0%
		3.8	Je discute des situations problématiques avec l'usager, la famille ou les autres membres de l'équipe et je suis capable de désamorcer les conflits au besoin.	6	32	9	0	**47**	12.8%	68.0%	19.2%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	Total des répondants					%			
			1	2	3	4	Total	1	2	3	4
COMMUNICATION ECRITE 4	La capacité de transmettre des messages écrits de manière à être compris par les autres.	4.1 Je formule le plan de soins avec la participation de l'usager, de la famille ou de ses pairs au besoin.	1	10	18	9	**38**	2.6%	26.3%	47.4%	23.7%
		4.2 J'inscris les objectifs de soins au plan de soins.	0	4	19	9	**32**	0%	12.5%	59.4%	28.1%
		4.3 J'inscris au plan de soins les interventions planifiées.	2	12	13	8	**35**	5.7%	34.3%	37.1%	22.9%
		4.4 Je structure le contenu de mes notes d'observation au dossier (correspondance et congruence entre la collecte de données, le plan de soins et les notes d'observation).	9	27	5	5	**46**	19.6%	58.7%	10.8%	10.8%
		4.5 J'utilise un vocabulaire professionnel et les abréviations en vigueur dans le centre hospitalier.	17	29	3	1	**50**	34%	58%	6%	2%
		4.6 J'utilise les bons formulaires, les bonnes requêtes et inscrit les informations pertinentes au besoin.	21	26	1	1	**49**	42.9%	53.1%	2%	2%
ESPRIT D'ANALYSE 5	La capacité d'identifier les éléments majeurs d'une situation en soins infirmiers, d'établir les liens entre eux afin d'en dégager les aspects essentiels à la synthèse.	5.1 J'identifie les éléments importants d'une situation et détecte les problèmes en soins infirmiers.	9	36	4	0	**49**	18.4%	73.5%	8.1%	0%
		5.2 Je regroupe les éléments de façon logique:									
		5.2.1 lien entre mes observations et l'état de santé de l'usager;	14	34	1	0	**49**	28.6%	69.4%	2%	0%
		5.2.2 lien entre mes observations et les conditions de vie de l'usager;	5	36	4	0	**45**	11.1%	80%	8.9%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement 2. Facilement 3. Difficilement 4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	Total des répondants					%			
			1	2	3	4	Total	1	2	3	4
ESPRIT D'ANALYSE 5 (suite)	La capacité d'identifier les éléments majeurs d'une situation en soins infirmiers, d'établir les liens entre eux afin d'en dégager les aspects essentiels à la synthèse.	5.2.3 les mécanismes utilisés par l'usager et sa famille pour faire face à la situation problématique.	3	21	17	1	**42**	7.1%	50%	40.5%	2.4%
		5.3 Je compare les éléments en établissant des liens.	5	30	9	0	**44**	11.4%	68.2%	20.5%	0%
		5.4 Je tire des conclusions à partir des hypothèses que j'ai posées.	5	34	8	0	**47**	10.6%	72.3%	17%	0%
ADAPTATION AU CHANGEMENT 6	La capacité d'être efficace dans toute situation de changement.	6.1 J'ajuste mes comportements en fonction de situations nouvelles:									
		6.1.1 nouvelle organisation du travail;	20	26	3	0	**49**	40.8%	53.1%	6.1%	0%
		6.1.2 nouvelle technologie;	15	30	3	0	**48**	31.3%	62.5%	6.2%	0%
		6.1.3 nouvelles méthodes de soins;	15	30	3	0	**48**	31.3%	62.5%	6.2%	0%
		6.1.4 modifications des lois et des règlements relatifs à la profession, à la prestation des soins aux usagers et à leurs droits, etc.	10	33	5	1	**49**	20.4%	67.3%	10.2%	2%
		6.2 Je fais face aux situations nouvelles en ayant recours aux ressources disponibles.	19	31	0	0	**50**	38%	62%	0%	0%
		6.3 Je continue à dispenser les soins infirmiers individualisés et requis sans perdre de vue les priorités.	20	27	2	0	**49**	40.8%	55.1%	4.1%	0%
		6.4 J'accepte mes erreurs et mes succès et je tire profit de mes expériences.	16	30	4	0	**50**	32%	60%	8%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition		Description des comportements	Total des répondants 1	2	3	4	Total	% 1	2	3	4
INNOVATION 7	La capacité de proposer et d'accepter des idées originales, c'est-à-dire, reconnaître que toutes les propositions sont dignes d'intérêt.	7.1	Je suis réceptive à toute proposition.	16	31	2	1	50	32%	62%	4%	2%
		7.2	Je cherche à exploiter les bonnes idées des autres.	12	34	2	0	48	25%	70.8%	4.2%	0%
		7.3	Je suis capable de sortir de ma routine quotidienne et d'imaginer de nouvelles alternatives.	7	36	7	0	50	14%	72%	14%	0%
		7.4	Je reconnais aux autres le droit à l'erreur tant qu'ils prouvent leur bonne volonté, leur professionnalisme.	16	33	1	0	50	32%	66%	2%	0%
		7.5	Je trouve des idées nouvelles à partir des situations vécues.	4	36	8	0	48	8.3%	75%	16.7%	0%
		7.6	Je propose des moyens innovateurs pour augmenter l'autonomie de l'usager et des familles.	3	19	23	1	46	6.5%	41.3%	50%	2.2%
		7.7	Je propose des moyens pour améliorer l'organisation du travail, le climat, la communication.	2	26	20	0	48	4.2%	54.2%	41.6%	0%
PLANIFICATION 8	La capacité de prendre des décisions, de faire des choix au moment opportun dans le but de développer la prestation des soins infirmiers à court, moyen et long terme.	8.1	Je connais et j'applique les étapes nécessaires à la planification des soins infirmiers.	5	28	8	0	41	12.2%	68.3%	19.5%	0%
		8.2	Je fais participer l'usager et sa famille à la planification des soins.	1	21	24	1	47	2.1%	44.7%	51.1%	2.1%
		8.3	Je dégage une vision d'ensemble de la situation (objectifs de soins à poursuivre, forces, faiblesses, contraintes).	2	29	11	2	44	4.5%	65.9%	25%	4.5%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition		Description des comportements	Total des répondants					%			
				1	2	3	4	Total	1	2	3	4
PLANIFICATION 8 (suite)	La capacité de prendre des décisions, de faire des choix au moment opportun dans le but de développer la prestation des soins infirmiers à court, moyen et long terme.	8.4	J'articule les différentes activités dans un processus continu tout au long de mon horaire de travail.	9	35	2	0	**46**	19.6%	76.1%	4.3%	0%
		8.5	J'évalue les risques et les impacts de mes choix et je prévois des alternatives.	5	35	5	0	**45**	11.1%	77.8%	11.1%	0%
ORGANISATION 9	La capacité d'utiliser et de coordonner efficacement les ressources disponibles (humaines, matérielles et financières) afin d'atteindre les objectifs.	9.1	Je m'assure de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources nécessaires. (Ex.: Personnel suffisant, matériel et équipement requis pour entreprendre une tâche).	14	32	1	0	**47**	29.9%	68%	2.1%	0%
		9.2	J'identifie les différentes activités de soins et les étapes de réalisation.	9	35	2	0	**46**	19.7%	76%	4.3%	0%
		9.3	Je distribue les tâches selon les responsabilités et les fonctions.	10	31	1	3	**45**	22.2%	68.9%	2.2%	6.7%
		9.4	Je coordonne et mets en oeuvre les différentes activités de soins (ex.: entente avec une autre unité pour transférer un usager).	14	29	1	2	**46**	30.4%	63%	2.2%	4.4%
		9.5	Je m'assure du bon déroulement des activités de soins.	15	32	0	0	**47**	31.9%	68.1%	0%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	Total des répondants 1	2	3	4	Total	% 1	2	3	4
CONTRÔLE ET ÉVALUATION 10	La capacité d'utiliser des méthodes de contrôle et d'évaluer chaque étape de la démarche en soins infirmiers.	10.1 Je planifie des moyens pour contrôler les soins dispensés à l'usager.	5	31	6	1	43	11.6%	72%	14%	2.3%
		10.2 J'utilise des moyens de contrôle de soins:									
		10.2.1 auprès des usagers, des familles (vérification de l'efficacité de la sédation, d'un traitement, etc.);	14	34	1	0	49	28.6%	69.4%	2%	0%
		10.2.2 à l'aide de moyens techniques (notes aux dossiers, rapports d'incident/accident, etc.).	13	33	0	0	46	28.3%	71.7%	0%	0%
		10.3 Je vérifie l'application des principes de la communication (rf.: 3.1 à 3.7).	6	33	5	1	45	13.3%	73.3%	11.1%	2.2%
		10.4 Je vérifie l'application des principes de la relation d'aide (rf.: 3.8.1 à 3.8.5).	3	23	17	2	45	6.6%	51.1%	37.8%	4.4%
		10.5 Je vérifie l'application des mesures de sécurité:									
		10.5.1 utilisation appropriée du matériel, des espaces (réservés à la circulation, au rangement, etc.);	10	32	3	0	45	22.2%	71.1%	6.7%	0%
		10.5.2 identification des usagers;	16	31	1	0	48	33.3%	64.6%	2.1%	0%
		10.5.3 techniques sécuritaires au point de vue prestation de soins, déplacement des usagers, etc.;	10	31	3	0	44	22.7%	70.5%	6.8%	0%
		10.5.4 mesures d'urgence (évacuation, support aux sinistrés, etc.).	3	19	16	5	43	7%	44.2%	37.2%	11.6%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement 2. Facilement 3. Difficilement 4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	Total des répondants					%			
			1	2	3	4	Total	1	2	3	4
CONTRÔLE ET ÉVALUATION 10 (suite)	La capacité d'utiliser des méthodes de contrôle et d'évaluer chaque étape de la démarche en soins infirmiers.	10.6 Je vérifie si le déroulement des activités de soins s'effectue comme prévu.	16	29	1	0	**46**	34.8%	63%	2.2%	0%
		10.7 Je compare les résultats aux activités terminées.	2	33	7	2	**44**	4.6%	75%	15.9%	4.5%
		10.8 J'apporte les correctifs appropriés.	2	34	5	2	**43**	4.7%	79%	11.6%	4.7%
		10.9 Je modifie au besoin les objectifs de soins en les justifiant.	4	29	7	2	**42**	9.5%	69%	16.7%	4.8%
DÉLÉGATION 11	La capacité de confier à une collaboratrice la responsabilité de certaines interventions de soins tout en lui assurant le soutien et les ressources appropriées.	11.1 J'explique à la personne concernée en quoi consiste la responsabilité confiée (les besoins de l'usager, les soins à donner, les points à respecter dans l'accomplissement des tâches).	12	33	1	0	**46**	26%	71.7%	2.2%	0%
		11.2 Je m'assure que la personne concernée détient toute l'information nécessaire pour assumer la responsabilité confiée.	12	35	0	0	**47**	25.5%	74.5%	0%	0%
		11.3 Je suis le déroulement des activités et je prends les mesures correctives appropriées à des intervalles réguliers.	8	33	1	2	**44**	18.2%	75%	2.3%	4.5%
		11.4 Je clarifie avec la personne concernée les difficultés envisagées ou rencontrées dans ses nouvelles responsabilités.	4	35	2	3	**44**	9%	79.6%	4.6%	6.8%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	Total des répondants					%			
			1	2	3	4	Total	1	2	3	4
DÉVELOPPEMENT 12	La capacité de développer ses ressources personnelles et de transmettre aux autres ses connaissances.	12.1 Je démontre ma capacité de m'auto-évaluer quant à ma compétence.	12	30	4	1	**47**	25.5%	63.8%	8.5%	2.1%
		12.2 J'identifie mes besoins de formation, de soutien et de renforcement avec mes supérieur(e)s.	8	36	3	1	**48**	16.7%	75%	6.3%	2%
		12.3 J'utilise des moyens pour maintenir à jour mes connaissances:									
		12.3.1 lectures;	10	26	8	1	**45**	22.2%	57.8%	17.8%	2.2%
		12.3.2 cours;	8	26	10	1	**45**	17.8%	57.8%	22.2%	2.2%
		12.3.3 journées d'étude;	6	24	12	0	**42**	14.3%	57.1%	28.6%	0%
		12.3.4 conférences;	6	20	12	2	**40**	15%	50%	30%	5%
		12.3.5 stages.	4	12	13	6	**35**	11.4%	34.3%	37.1%	17.2%
		12.4 Je respecte dans ma pratique les dispositions:									
		12.4.1 du Code des professions;	14	29	2	0	**45**	31.1%	64.4%	4.4%	0%
		12.4.2 de la loi sur les infirmières et les infirmiers;	13	30	3	0	**46**	28.3%	65.2%	6.5%	0%
		12.4.3 du Code de déontologie;	13	29	3	0	**45**	28.9%	64.4%	6.7%	0%
		12.4.4 les règlements des actes infirmiers (1423-80)	12	30	2	0	**44**	27.3%	68.2%	4.5%	0%
		12.4.5 les règlements des actes médicaux.	12	31	2	0	**45**	26.7%	68.9%	4.4%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

ACTIVITÉ III: PROFIL DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

Habileté	Définition	Description des comportements	Total des répondants					%			
			1	2	3	4	Total	1	2	3	4
DÉVELOPPEMENT 12 (suite)	La capacité de développer ses ressources personnelles et de transmettre aux autres ses connaissances.	12.5 Je connais les lois relatives aux droits des usagers et je m'y réfère au besoin:									
		12.5.1 Charte des droits et libertés de la personne;	6	15	20	6	**47**	12.8%	31.9%	42.6%	12.7%
		12.5.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux;	4	10	26	6	**46**	8.7%	21.7%	56.5%	13%
		12.5.3 Loi sur la protection du malade mental;	2	8	29	7	**46**	4.3%	17.4%	63%	15.2%
		12.5.4 Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées;	2	7	30	7	**46**	4.3%	15.2%	65.2%	15.2%
		12.5.5 Code civil;	2	11	24	6	**43**	4.7%	25.6%	55.8%	13.9%
		12.5.6 Loi sur la santé et la sécurité au travail;	2	11	27	5	**45**	4.4%	24.4%	60%	11.1%
		12.5.7 Code du travail, etc.	2	9	27	6	**44**	4.5%	20.5%	61.4%	13.6%
		12.6 Je conviens avec ma ou mon supérieur(e) des activités et des ressources de développement nécessaires pour acquérir les habiletés indispensables à la prestation des soins sur l'unité.	2	35	5	2	**44**	4.5%	79.5%	11.4%	4.6%
		12.7 Je communique à ma ou mon supérieur(e) mon évaluation des activités de formation suivies.	3	32	8	2	**45**	6.7%	71.1%	17.8%	4.4%
		12.8 Je profite des occasions qui se présentent pour mettre en pratique mes connaissances et adopter de nouveaux comportements.	8	37	1	0	**46**	17.4%	80.4%	2.2%	0%

En suivant le profil proposé, notez les comportements que vous manifestez:

1. Très facilement
2. Facilement
3. Difficilement
4. Très difficilement

IV. SUGGESTIONS POUR DES SUJETS SPÉCIFIQUES DE FORMATION: NON ABORDÉS DANS LE QUESTIONNAIRE

SUJETS	NOMBRE DE RÉPONDANT(E)S
Cardiologie	
- scopie	14
- médication	11
- infarctus	10
Multiculturalisme (coutumes face à la maladie)	8
Polytraumatisés	
- traitement	8
- médication	8
Triage	7
Communication	5
Relation d'aide	3
Analyses sanguines (Pourquoi? Résultats)	2
Examens divers	2
Aspect(s) légal(aux)	
- notes aux dossiers	2
- soins aux handicapés	2
- soins aux malades psychiatriques	2
Gestion des situations de crise	
- agressions physiques et verbales	2
Gestion du stress	2
Intégration de la famille	2

SUJETS	NOMBRE DE RÉPONDANT(E)S
Maladies transmises sexuellement	
- symptômes	2
- traitements	2
- prévention	2
Toxicomanies	2
Mise à jour sur certaines techniques	
- colostomie	2
- intubation	2
- cathéter Léonard	1
- ATLS, BCLS, ACLS	1
- administration de nouveaux médicaments	1
- approche aux mourants	1
- organisation du travail (rôle de chaque catégorie d'employés)	1
Protocoles d'administration des médicaments	1
Vision élargie de l'usager	1
Sang et ses dérivés	1
Réanimation cardiorespiratoire	1
Plan de désastre	1
Sinistres couverts par l'urgence	1
Personnes âgées	1

V. SUGGESTIONS POUR DES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

MÉTHODES	NOMBRE DE RÉPONDANT(E)S
Films - Cassettes - Vidéos	8
Ateliers - Conférences - Cliniques	5
Discussions de groupe sur des problèmes, des thèmes précis	3
Jeux de rôle	3
Ateliers hebdomadaires ou mensuels sur des sujets reliés à la pratique à l'urgence	2
Conception de brochures	2
Kiosques → exposition de matériel, brochures	2
Système de marrainage tutoriat	2
Atelier conférence avec la famille	1
Courtes présentations orales	1
Recueil de notes de cours	1
Visites des salles d'examen des autres centres hospitaliers	1
Cours par des avocats	1

N.B.: Suite aux cours, il serait important de faire du suivi afin de vérifier les nouvelles acquisitions.

LISTE DES CERTIFICATS COMPLÉTÉS PAR LES RÉPONDANT(E)S

CERTIFICATS	NOMBRE
Créativité	1
Gérontologie	1
Gestion d'entreprise	1
Gestion des services de santé	1
Milieu clinique	7
Organisation des soins	1
Santé communautaire	10
Santé, Sécurité au Travail	1
TOTAL	**23**

ANNEXE G

Sommaires des répondant(e)s par champ de compétence

NOMBRE ET POURCENTAGE DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE

Sommaire détaillé

		Facilement		Difficilement	
PLANIFICATION	8.1	33	80.5%	8	19.5%
	8.2	22	46.8%	25	53.2%
	8.3	31	70.5%	13	29.5%
	8.4	44	95.7%	2	4.3%
	8.5	40	88.9%	5	11.1%
ORGANISATION	9.1	46	97.9%	1	2.1%
	9.2	44	95.7%	2	4.3%
	9.3	41	91.1%	4	8.9%
	9.4	43	93.5%	3	6.5%
	9.5	47	100.0%	0	0.0%
CONTRÔLE	10.1	36	83.7%	7	16.3%
	10.2.1	48	98.0%	1	2.0%
	10.2.2	46	100.0%	0	0.0%
	10.3	39	86.7%	6	13.3%
	10.4	26	57.8%	19	42.2%
	10.5.1	42	93.3%	3	6.7%
	10.5.2	47	97.9%	1	2.1%
	10.5.3	41	93.2%	3	6.8%
	10.5.4	22	51.2%	21	48.8%
	10.6	45	97.8%	1	2.2%
	10.7	35	79.5%	9	20.5%
	10.8	36	83.7%	7	16.3%
	10.9	33	78.6%	9	21.4%
DÉLÉGATION	11.1	45	97.8%	1	2.2%
	11.2	47	100.0%	0	0.0%
	11.3	41	93.2%	3	6.8%
	11.4	39	88.6%	5	11.4%
DÉVELOPPEMENT	12.1	42	89.4%	5	10.6%
	12.2	44	91.7%	4	8.3%
	12.3.1	36	80.0%	9	20.0%
	12.3.2	34	75.6%	11	24.4%
	12.3.3	30	71.4%	12	28.6%
	12.3.4	26	65.0%	14	35.0%
	12.3.5	16	45.7%	19	54.3%
	12.4.1	43	95.6%	2	4.4%
	12.4.2	43	93.5%	3	6.5%
	12.4.3	42	93.3%	3	6.7%
	12.4.4	42	95.5%	2	4.5%
	12.4.5	43	95.6%	2	4.4%
	12.5.1	21	44.7%	26	55.3%
	12.5.2	14	30.4%	32	69.6%
	12.5.3	10	21.7%	36	78.3%
	12.5.4	9	19.6%	37	80.4%
	12.5.5	13	30.2%	30	69.8%
	12.5.6	13	28.9%	32	71.1%
	12.5.7	11	25.0%	33	75.0%
	12.6	37	84.1%	7	15.9%
	12.7	35	77.8%	10	22.2%
	12.8	45	97.8%	1	2.2%

NOMBRE ET POURCENTAGE DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Sommaire détaillé

		Facilement		Difficilement	
LEADERSHIP	1.1	38	82.6%	8	17.4%
	1.2	39	86.7%	6	13.3%
	1.3	42	87.5%	6	12.5%
	1.4	27	57.4%	20	42.6%
	1.5	34	72.3%	13	27.7%
TRAVAIL EN EQUIPE	2.1	49	98.0%	1	2.0%
	2.2	49	98.0%	1	2.0%
	2.3	48	96.0%	2	4.0%
	2.4	45	93.8%	3	6.3%
	2.5	48	96.0%	2	4.0%
	2.6	49	98.0%	1	2.0%
	2.7	49	98.0%	1	2.0%
	2.8	50	100.0%	0	0.0%
	2.9	45	90.0%	5	10.0%
COMMUNICATION ORALE	3.1	48	96.0%	2	4.0%
	3.2	50	100.0%	0	0.0%
	3.3	47	94.0%	3	6.0%
	3.4.1	47	95.9%	2	4.1%
	3.4.2	37	86.0%	6	14.0%
	3.5	38	76.0%	12	24.0%
	3.6.1	47	94.0%	3	6.0%
	3.6.2	45	95.7%	2	4.3%
	3.6.3	43	89.6%	5	10.4%
	3.6.4	34	72.3%	13	27.7%
	3.6.5	30	65.2%	16	34.8%
	3.7	47	95.9%	2	4.1%
	3.8	38	80.9%	9	19.1%
COMMUNICATION ÉCRITE	4.1	11	28.9%	27	71.1%
	4.2	4	12.5%	28	87.5%
	4.3	14	40.0%	21	60.0%
	4.4	36	78.3%	10	21.7%
	4.5	46	92.0%	4	8.0%
	4.6	47	95.9%	2	4.1%
ESPRIT D'ANALYSE	5.1	45	91.8%	4	8.2%
	5.2.1	48	98.0%	1	2.0%
	5.2.2	41	91.1%	4	8.9%
	5.2.3	24	57.1%	18	42.9%
	5.3	35	79.5%	9	20.5%
	5.4	39	83.0%	8	17.0%
CHANGEMENT	6.1.1	46	93.9%	3	6.1%
	6.1.2	45	93.8%	3	6.3%
	6.1.3	45	93.8%	3	6.3%
	6.1.4	43	87.8%	6	12.2%
	6.2	50	100.0%	0	0.0%
	6.3	47	95.9%	2	4.1%
	6.4	46	92.0%	4	8.0%
INNOVATION	7.1	47	94.0%	3	6.0%
	7.2	46	95.8%	2	4.2%
	7.3	43	86.0%	7	14.0%
	7.4	49	98.0%	1	2.0%
	7.5	40	83.3%	8	16.7%
	7.6	22	47.8%	24	52.2%
	7.7	28	58.3%	20	41.7%

NOMBRE ET POURCENTAGE DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Sommaire global

	Facilement		Difficilement	
LEADERSHIP	180	77.3%	53	22.7%
TRAVAIL EN EQUIPE	432	96.4%	16	3.6%
COMMUNICATION ORALE	551	88.0%	75	12.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	158	63.2%	92	36.8%
ESPRIT D'ANALYSE	232	84.1%	44	15.9%
CHANGEMENT	322	93.9%	21	6.1%
INNOVATION	275	80.9%	65	19.1%
PLANIFICATION	170	76.2%	53	23.8%
ORGANISATION	221	95.7%	10	4.3%
CONTRÔLE	496	85.1%	87	14.9%
DÉLÉGATION	172	95.0%	9	5.0%
DÉVELOPPEMENT	649	66.3%	330	33.7%

ANNEXE H

**Portrait professionnel des répondant(e)s
et pourcentage global par champ de compétence
selon le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière**

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE EN TANT QU'INFIRMIÈRE

	Moins de 5 ans		5 ans, moins de 10 ans		10 ans, moins de 15 ans		15 ans, moins de 20 ans		20 ans et plus	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	10		15		9		9		7	
	Nombre de répondant(e)s	%	Nombre de répondant(e)s	%	Nombre de répondant(e)s	%	Nombre de répondant(e)s	%	Nombre de répondant(e)s	%
Sexe: Masculin	0	0%	2	14%	1	11.1%	0	0%	0	0%
Féminin	10	100%	13	86%	8	88.9%	9	100%	7	100%
TOTAL	10	100%	15	100%	9	100%	9	100%	7	100%
Âge:										
Moins de 20 ans	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
De 20 à 24 ans	4	40%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
De 25 à 29 ans	4	40%	11	73%	0	0%	0	0%	0	0%
De 30 à 35 ans	2	20%	4	27%	8	88.9%	0	0%	0	0%
De 36 à 40 ans	0	0%	0	0%	1	11.1%	9	100%	1	14.3%
De 41 à 45 ans	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	57.1%
De 46 à 50 ans	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	28.6%
Plus de 50 ans	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	15	100%	9	100%	9	100%	7	100%
Langue(s) parlée(s):										
Français	4	40%	6	40%	3	33.3%	5	55.6%	3	42.9%
Français et Anglais	6	60%	9	60%	6	66.7%	4	44.4%	4	57.1%
Autre(s)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	15	100%	9	100%	9	100%	7	100%
Langue(s) parlée(s):										
Français	6	60%	9	60%	4	44.4%	6	66.7%	4	57.1%
Français et Anglais	4	40%	6	40%	5	55.6%	3	33.3%	3	42.9%
Autre(s)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	15	100%	9	100%	9	100%	7	100%

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE EN TANT QU'INFIRMIÈRE

	Moins de 5 ans		5 ans, moins de 10 ans		10 ans, moins de 15 ans		15 ans, moins de 20 ans		20 ans et plus	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	10		15		9		9		7	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Formation académique:										
Diplôme en soins infirmiers	2	20%	1	6.7%	1	11.1%	0	0%	3	42.9%
Diplôme d'études collégiales en techniques infirmières	6	60%	14	93.3%	8	88.9%	8	100%	4	57.1%
Baccalauréat Ès Sciences (par cumul de certificats)	0	0%	0	0%	*1	*11.1%	*1	*12.5%	*1	*14.3%
Baccalauréat Ès Sciences infirmières (de base)	2	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Maîtrise	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**10**	**100%**	**15**	**100%**	**9**	**100%**	**8**	**100%**	**7**	**100%**
Nombre d'années d'expérience à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal:										
Moins de 5 ans	10	100%	0	0%	2	22.2%	1	11.1%	0	0%
5 ans, moins de 10 ans	0	0%	15	100%	0	0%	0	0%	0	0%
10 ans, moins de 15 ans	0	0%	0	0%	7	77.8%	2	22.2%	1	14.3%
15 ans, moins de 20 ans	0	0%	0	0%	0	0%	6	66.7%	4	57.1%
20 ans, moins de 25 ans	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	14.3%
25 ans et plus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	14.3%
TOTAL	**10**	**100%**	**15**	**100%**	**9**	**100%**	**9**	**100%**	**7**	**100%**
Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal:										
Moins de 1 an	5	50%	0	0%	0	0%	2	25%	0	0%
1 an, moins de 5 ans	5	50%	3	21.4%	3	33.3%	1	12.5%	0	0%
5 ans et plus	0	0%	11	78.6%	6	66.7%	5	62.5%	7	100%
TOTAL	**10**	**100%**	**14**	**100%**	**9**	**100%**	**8**	**100%**	**7**	**100%**

* Nombres et pourcentages non cumulatifs car le Baccalauréat ès sciences (par cumul de certificats) n'est pas un programme de formation de base. Il complète le diplôme d'études collégiales en techniques infirmières.

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE EN TANT QU'INFIRMIÈRE

	Moins de 5 ans		5 ans, moins de 10 ans		10 ans, moins de 15 ans		15 ans, moins de 20 ans		20 ans et plus	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	10		15		9		9		7	
	Nombre de répondant(e)s	%	**Nombre de répondant(e)s**	%	**Nombre de répondant(e)s**	%	**Nombre de répondant(e)s**	%	**Nombre de répondant(e)s**	%
Statut d'emploi:										
Temps complet régulier	1	10%	13	86.6%	2	22.2%	5	55.6%	5	71.4%
Temps complet temporaire	0	0%	1	6.7%	1	11.1%	0	0%	0	0%
Temps partiel régulier	5	50%	0	0%	5	55.6%	3	33.3%	2	28.6%
Temps partiel temporaire	4	40%	1	6.7%	1	11.1%	1	11.1%	0	0%
TOTAL	**10**	**100%**	**15**	**100%**	**9**	**100%**	**9**	**100%**	**7**	**100%**
Horaire de travail:										
Jour	1	10%	0	0%	2	22.2%	8	88.9%	4	57.1%
Soir	1	10%	5	33.3%	6	66.7%	1	11.1%	3	42.9%
Nuit	8	80%	10	66.7%	1	11.1%	0	0%	0	0%
TOTAL	**10**	**100%**	**15**	**100%**	**9**	**100%**	**9**	**100%**	**7**	**100%**

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière: Moins de 5 ans

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	32 71.1%	13 28.9%	45 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	88 97.8%	2 2.2%	90 100.0%
COMMUNICATION ORALE	100 85.5%	17 14.5%	117 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	26 57.8%	19 42.2%	45 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	44 84.6%	8 15.4%	52 100.0%
CHANGEMENT	68 98.6%	1 1.4%	69 100.0%
INNOVATION	59 88.1%	8 11.9%	67 100.0%
PLANIFICATION	28 75.7%	9 24.3%	37 100.0%
ORGANISATION	40 97.6%	1 2.4%	41 100.0%
CONTRÔLE	93 92.1%	8 7.9%	101 100.0%
DÉLÉGATION	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
DÉVELOPPEMENT	121 68.0%	57 32.0%	178 100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière: 5 ans, moins de 10 ans

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	67 89.3%	8 10.7%	75 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	132 98.5%	2 1.5%	134 100.0%
COMMUNICATION ORALE	171 88.1%	23 11.9%	194 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	54 67.5%	26 32.5%	80 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	76 85.4%	13 14.6%	89 100.0%
CHANGEMENT	97 92.4%	8 7.6%	105 100.0%
INNOVATION	90 86.5%	14 13.5%	104 100.0%
PLANIFICATION	59 80.8%	14 19.2%	73 100.0%
ORGANISATION	72 96.0%	3 4.0%	75 100.0%
CONTRÔLE	168 87.0%	25 13.0%	193 100.0%
DÉLÉGATION	56 93.3%	4 6.7%	60 100.0%
DÉVELOPPEMENT	210 64.6%	115 35.4%	325 100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière: 10 ans, moins de 15 ans

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	33 82.5%	7 17.5%	40 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	79 100.0%	0 0.0%	79 100.0%
COMMUNICATION ORALE	101 89.4%	12 10.6%	113 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	33 68.8%	15 31.3%	48 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	43 87.8%	6 12.2%	49 100.0%
CHANGEMENT	59 98.3%	1 1.7%	60 100.0%
INNOVATION	52 86.7%	8 13.3%	60 100.0%
PLANIFICATION	31 77.5%	9 22.5%	40 100.0%
ORGANISATION	41 100.0%	0 0.0%	41 100.0%
CONTRÔLE	77 82.8%	16 17.2%	93 100.0%
DÉLÉGATION	32 100.0%	0 0.0%	32 100.0%
DÉVELOPPEMENT	125 73.1%	46 26.9%	171 100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière: 15 ans, moins de 20 ans

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	29 65.9%	15 34.1%	44 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	80 95.2%	4 4.8%	84 100.0%
COMMUNICATION ORALE	108 93.1%	8 6.9%	116 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	25 51.0%	24 49.0%	49 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	46 88.5%	6 11.5%	52 100.0%
CHANGEMENT	60 95.2%	3 4.8%	63 100.0%
INNOVATION	47 74.6%	16 25.4%	63 100.0%
PLANIFICATION	33 73.3%	12 26.7%	45 100.0%
ORGANISATION	36 90.0%	4 10.0%	40 100.0%
CONTRÔLE	99 85.3%	17 14.7%	116 100.0%
DÉLÉGATION	30 88.2%	4 11.8%	34 100.0%
DÉVELOPPEMENT	126 73.3%	46 26.7%	172 100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière: 20 ans, et plus

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	19 65.5%	10 34.5%	29 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	53 86.9%	8 13.1%	61 100.0%
COMMUNICATION ORALE	71 82.6%	15 17.4%	86 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	20 71.4%	8 28.6%	28 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	23 67.6%	11 32.4%	34 100.0%
CHANGEMENT	38 82.6%	8 17.4%	46 100.0%
INNOVATION	27 58.7%	19 41.3%	46 100.0%
PLANIFICATION	19 67.9%	9 32.1%	28 100.0%
ORGANISATION	32 94.1%	2 5.9%	34 100.0%
CONTRÔLE	59 73.8%	21 26.3%	80 100.0%
DÉLÉGATION	25 100.0%	0 0.0%	25 100.0%
DÉVELOPPEMENT	67 50.4%	66 49.6%	133 100.0%

POURCENTAGE GLOBAL DES RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE EN TANT QU'INFIRMIÈRE

LEADERSHIP

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	71.1%
5 ans, moins de 10 ans	89.2%
10 ans, moins de 15 ans	82.5%
15 ans, moins de 20 ans	65.9%
20 ans et plus	65.5%

TRAVAIL EN ÉQUIPE

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	97.8%
5 ans, moins de 10 ans	98.5%
10 ans, moins de 15 ans	100%
15 ans, moins de 20 ans	95.2%
20 ans et plus	86.9%

COMMUNICATION ORALE

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	85.5%
5 ans, moins de 10 ans	88.1%
10 ans, moins de 15 ans	89.4%
15 ans, moins de 20 ans	93.1%
20 ans et plus	82.6%

COMMUNICATION ÉCRITE

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	57.8%
5 ans, moins de 10 ans	67.5%
10 ans, moins de 15 ans	68.7%
15 ans, moins de 20 ans	51%
20 ans et plus	71.4%

ESPRIT D'ANALYSE

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	84.6%
5 ans, moins de 10 ans	85.4%
10 ans, moins de 15 ans	87.7%
15 ans, moins de 20 ans	88.5%
20 ans et plus	67.6%

CHANGEMENT

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	98.5%
5 ans, moins de 10 ans	92.4%
10 ans, moins de 15 ans	98.3%
15 ans, moins de 20 ans	95.3%
20 ans et plus	82.6%

POURCENTAGE GLOBAL DES RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE EN TANT QU'INFIRMIÈRE

INNOVATION

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	88.1%
5 ans, moins de 10 ans	86.6%
10 ans, moins de 15 ans	86.6%
15 ans, moins de 20 ans	74.6%
20 ans et plus	58.7%

PLANIFICATION

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	75.7%
5 ans, moins de 10 ans	80.8%
10 ans, moins de 15 ans	77.5%
15 ans, moins de 20 ans	73.3%
20 ans et plus	67.9%

ORGANISATION

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	97.6%
5 ans, moins de 10 ans	96%
10 ans, moins de 15 ans	100%
15 ans, moins de 20 ans	90%
20 ans et plus	94.1%

CONTRÔLE

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	92.1%
5 ans, moins de 10 ans	87.1%
10 ans, moins de 15 ans	82.8%
15 ans, moins de 20 ans	85.4%
20 ans et plus	73.8%

DÉLÉGATION

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	96.6%
5 ans, moins de 10 ans	93.4%
10 ans, moins de 15 ans	100%
15 ans, moins de 20 ans	88.2%
20 ans et plus	100%

DÉVELOPPEMENT

Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	% Facilement
Moins de 5 ans	68%
5 ans, moins de 10 ans	64.6%
10 ans, moins de 15 ans	73.1%
15 ans, moins de 20 ans	73.2%
20 ans et plus	50.4%

ANNEXE I

**Portrait professionnel des répondant(e)s
et pourcentage global par champ de compétence
selon le nombre d'années d'expérience
à l'urgence du pavillon principal**

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE

À L'URGENCE DU PAVILLON PRINCIPAL

	Moins de 1 an		1 an, moins de 5 ans		5 ans et plus	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**7**		**12**		**29**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Sexe: Masculin	0	0%	1	8.3%	2	6.9%
Féminin	7	100%	11	91.7%	27	93.1%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**
Âge:						
Moins de 20 ans	0	0%	0	0%	0	0%
De 20 à 24 ans	3	42.9%	1	8.3%	0	0%
De 25 à 29 ans	1	14.3%	6	50%	7	24.1%
De 30 à 35 ans	1	14.3%	4	33.3%	9	31%
De 36 à 40 ans	2	28.5%	1	8.3%	7	24.1%
De 41 à 45 ans	0	0%	0	0%	4	13.8%
De 46 à 50 ans	0	0%	0	0%	2	6.9%
Plus de 50 ans	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**
Langue(s) parlée(s):						
Français	3	42.9%	5	41.7%	11	38%
Français et Anglais	4	57.1%	7	58.3%	18	62%
Autre(s)	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE

À L'URGENCE DU PAVILLON PRINCIPAL

	Moins de 1 an		1 an, moins de 5 ans		5 ans et plus	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**7**		**12**		**29**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Langue(s) écrite(s):						
Français	5	71.4%	8	66.7%	14	48.3%
Français et Anglais	2	28.6%	4	33.3%	15	51.7%
Autre(s)	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**
Formation académique:						
Diplôme en soins infirmiers	1	14.3%	2	16.7%	4	14.3%
Diplôme d'études collégiales en techniques infirmières	5	71.4%	9	75%	24	85.7%
Baccalauréat Ès Sciences (par cumul de certificats)	0	0%	0	0%	*3	*10.7%
Baccalauréat Ès Sciences infirmières (de base)	1	14.3%	1	8.3%	0	0%
Maîtrise	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**28**	**100%**
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière						
Moins de 5 ans	5	71.4%	5	41.7%	0	0%
5 ans, moins de 10 ans	0	0%	3	25%	11	37.9%
10 ans, moins de 15 ans	0	0%	3	25%	6	20.7%
15 ans, moins de 20 ans	2	28.6%	1	8.3%	5	17.2%
20 ans, moins de 25 ans	0	0%	0	0%	6	20.7%
25 ans et plus	0	0%	0	0%	1	3.4%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**

* Nombres et pourcentages non cumulatifs car le Baccalauréat ès sciences (par cumul de certificats) n'est pas un programme de formation de base. Il complète le diplôme d'études collégiales en techniques infirmières.

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE

À L'URGENCE DU PAVILLON PRINCIPAL

	Moins de 1 an		1 an, moins de 5 ans		5 ans et plus	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**7**		**12**		**29**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Nombre d'années d'expérience à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal						
Moins de 5 ans	5	71.4%	7	58.3%	0	0%
5 ans, moins de 10 ans	0	0%	3	25%	11	37.9%
10 ans, moins de 15 ans	1	14.3%	1	8.3%	8	27.6%
15 ans, moins de 20 ans	1	14.3%	1	8.3%	8	27.6%
20 ans, moins de 25 ans	0	0%	0	0%	1	3.4%
25 ans et plus	0	0%	0	0%		3.4%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**
Statut d'emploi:						
Temps complet régulier	2	28.6%	6	50%	17	58.6%
Temps complet temporaire	0	0%	0	0%	2	6.9%
Temps partiel régulier	1	14.3%	5	41.7%	9	31%
Temps partiel temporaire	4	57.1%	1	8.3%	1	3.4%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**
Horaire de travail:						
Jour	2	28.6%	1	8.3%	11	37.9%
Soir	2	28.6%	5	41.7%	8	27.6%
Nuit	3	42.8%	6	50%	10	34.5%
TOTAL	**7**	**100%**	**12**	**100%**	**29**	**100%**

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Années d'expérience à l'urgence: Moins de 1 an

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	19 54.3%	16 45.7%	35 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	61 96.8%	2 3.2%	63 100.0%
COMMUNICATION ORALE	67 80.7%	16 19.3%	83 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	16 43.2%	21 56.8%	37 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	30 81.1%	7 18.9%	37 100.0%
CHANGEMENT	47 95.9%	2 4.1%	49 100.0%
INNOVATION	36 78.3%	10 21.7%	46 100.0%
PLANIFICATION	13 46.4%	15 53.6%	28 100.0%
ORGANISATION	27 90.0%	3 10.0%	30 100.0%
CONTRÔLE	58 79.5%	15 20.5%	73 100.0%
DÉLÉGATION	19 95.0%	1 5.0%	20 100.0%
DÉVELOPPEMENT	72 60.5%	47 39.5%	119 100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Années d'expérience à l'urgence: 1 an, moins de 5 ans

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	45 88.2%	6 11.8%	51 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	105 99.1%	1 0.9%	106 100.0%
COMMUNICATION ORALE	134 88.7%	17 11.3%	151 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	37 68.5%	17 31.5%	54 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	58 85.3%	10 14.7%	68 100.0%
CHANGEMENT	82 98.8%	1 1.2%	83 100.0%
INNOVATION	71 87.7%	10 12.3%	81 100.0%
PLANIFICATION	48 92.3%	4 7.7%	52 100.0%
ORGANISATION	53 98.1%	1 1.9%	54 100.0%
CONTRÔLE	123 90.4%	13 9.6%	136 100.0%
DÉLÉGATION	43 100.0%	0 0.0%	43 100.0%
DÉVELOPPEMENT	164 69.8%	71 30.2%	235 100.0%

POURCENTAGE GLOBAL DES RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE À L'URGENCE DU PAVILLON PRINCIPAL

LEADERSHIP

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	54.3%
1 an, moins de 5 ans	88.3%
5 ans et plus	79.7%

TRAVAIL EN ÉQUIPE

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	96.4%
1 an, moins de 5 ans	99.1%
5 ans et plus	95%

COMMUNICATION ORALE

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	80.8%
1 an, moins de 5 ans	88.8%
5 ans et plus	88.9%

COMMUNICATION ÉCRITE

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	43.2%
1 an, moins de 5 ans	68.5%
5 ans et plus	66%

ESPRIT D'ANALYSE

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	81.1%
1 an, moins de 5 ans	85.3%
5 ans et plus	84.7%

CHANGEMENT

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	95.9%
1 an, moins de 5 ans	98.8%
5 ans et plus	90.9%

POURCENTAGE GLOBAL DES RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE À L'URGENCE DU PAVILLON PRINCIPAL

INNOVATION

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	78.3%
1 an, moins de 5 ans	87.7%
5 ans et plus	77.9%

PLANIFICATION

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	46.5%
1 an, moins de 5 ans	92.3%
5 ans et plus	76%

ORGANISATION

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	90%
1 an, moins de 5 ans	98.1%
5 ans et plus	96.4%

CONTRÔLE

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	79.5%
1 an, moins de 5 ans	90.4%
5 ans et plus	83.1%

DÉLÉGATION

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	95%
1 an, moins de 5 ans	100%
5 ans et plus	93.6%

DÉVELOPPEMENT

Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal	% Facilement
Moins de 1 an	60%
1 an, moins de 5 ans	69.8%
5 ans et plus	66.5%

ANNEXE J

**Portrait professionnel des répondant(e)s
et pourcentage global par champ de compétence
selon le statut d'emploi**

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S
SELON LE STATUT D'EMPLOI

	Temps complet		Temps partiel	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**28**		**22**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Sexe: Masculin	3	10.7%	0	0%
Féminin	25	89.3%	22	100%
TOTAL	**28**	**100%**	**22**	**100%**
Âge:				
Moins de 20 ans	0	0%	0	0%
De 20 à 24 ans	0	0%	4	18.2%
De 25 à 29 ans	11	39.3%	4	18.2%
De 30 à 35 ans	6	21.4%	8	36.4%
De 36 à 40 ans	7	25%	4	18.2%
De 41 à 45 ans	3	10.7%	1	4.5%
De 46 à 50 ans	1	3.6%	1	4.5%
Plus de 50 ans	0	0%	0	0%
TOTAL	**28**	**100%**	**22**	**100%**
Langue(s) parlée(s):				
Français	10	35.7%	11	50%
Français et Anglais	18	64.3%	11	50%
Autre(s)	0	0%	0	0%
TOTAL	**28**	**100%**	**22**	**100%**
Langue(s) écrite(s):				
Français	15	53.6%	14	63.6%
Français et Anglais	13	46.4%	8	36.4%
Autre(s)	0	0%	0	0%
TOTAL	**28**	**100%**	**22**	**100%**
Formation académique:				
Diplôme en soins infirmiers	3	11.1%	4	18.2%
Diplôme d'études collégiales en techniques infirmières	23	85.2%	17	77.3%
Baccalauréat Ès Sciences (par cumul de certificats)	*3	*11.1%	0	0%
Baccalauréat Ès Sciences infirmières (de base)	1	3.7%	1	4.5%
Maîtrise	0	0%	0	0%
TOTAL	**27**	**100%**	**22**	**100%**

* Nombre et pourcentage non cumulatifs car le Baccalauréat ès sciences (par cumul de certificats) n'est pas un programme de formation de base. Il complète le diplôme d'études collégiales en techniques infirmières.

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON LE STATUT D'EMPLOI

	Temps complet		Temps partiel	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**28**		**22**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière				
Moins de 5 ans	1	3.6%	9	41%
5 ans, moins de 10 ans	14	50%	1	4.5%
10 ans, moins de 15 ans	3	10.7%	6	27.3%
15 ans, moins de 20 ans	5	17.8%	4	18.2%
20 ans, moins de 25 ans	4	14.3%	2	9%
25 ans et plus	1	3.6%	0	0%
TOTAL	**28**	**100%**	**22**	**100%**
Nombre d'années d'expérience à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal				
Moins de 5 ans	1	3.6%	12	54.6%
5 ans, moins de 10 ans	14	50%	1	4.5%
10 ans, moins de 15 ans	6	21.4%	4	18.2%
15 ans, moins de 20 ans	5	17.8%	5	22.7%
20 ans, moins de 25 ans	1	3.6%	0	0%
25 ans et plus	1	3.6%	0	0%
TOTAL	**28**	**100%**	**22**	**100%**
Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal:				
Moins de 1 an	2	7.4%	5	23.8%
1 an, moins de 5 ans	6	22.2%	6	28.6%
5 ans et plus	19	70.4%	10	47.6%
TOTAL	**27**	**100%**	**21**	**100%**
Horaire de travail:				
Jour	9	32.1%	6	27.3%
Soir	7	25%	9	40.9%
Nuit	12	42.9%	7	31.8%
TOTAL	**28**	**100%**	**22**	**100%**

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Statut d'emploi: Temps complet

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	115 86.5%	18 13.5%	133 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	241 97.2%	7 2.8%	248 100.0%
COMMUNICATION ORALE	311 88.6%	40 11.4%	351 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	97 66.9%	48 33.1%	145 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	135 84.4%	25 15.6%	160 100.0%
CHANGEMENT	185 95.9%	8 4.1%	193 100.0%
INNOVATION	160 83.3%	32 16.7%	192 100.0%
PLANIFICATION	103 76.9%	31 23.1%	134 100.0%
ORGANISATION	129 94.2%	8 5.8%	137 100.0%
CONTRÔLE	287 84.4%	53 15.6%	340 100.0%
DÉLÉGATION	104 95.4%	5 4.6%	109 100.0%
DÉVELOPPEMENT	383 66.4%	194 33.6%	577 100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Statut d'emploi: Temps partiel

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	65 65.0%	35 35.0%	100 100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	191 95.5%	9 4.5%	200 100.0%
COMMUNICATION ORALE	240 87.3%	35 12.7%	275 100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	61 58.1%	44 41.9%	105 100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	97 83.6%	19 16.4%	116 100.0%
CHANGEMENT	137 91.3%	13 8.7%	150 100.0%
INNOVATION	115 77.7%	33 22.3%	148 100.0%
PLANIFICATION	67 75.3%	22 24.7%	89 100.0%
ORGANISATION	92 97.9%	2 2.1%	94 100.0%
CONTRÔLE	209 86.0%	34 14.0%	243 100.0%
DÉLÉGATION	68 94.4%	4 5.6%	72 100.0%
DÉVELOPPEMENT	266 66.2%	136 33.8%	402 100.0%

POURCENTAGE GLOBAL DES RÉPONDANT(E)S

PAR CHAMP DE COMPÉTENCE SELON LE STATUT D'EMPLOI

LEADERSHIP

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	86.4%
Temps partiel	65%

TRAVAIL EN ÉQUIPE

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	97.2%
Temps partiel	95.5%

COMMUNICATION ORALE

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	88.6%
Temps partiel	87.3%

COMMUNICATION ÉCRITE

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	63.9%
Temps partiel	58.1%

ESPRIT D'ANALYSE

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	84.4%
Temps partiel	83.6%

CHANGEMENT

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	95.9%
Temps partiel	91.3%

INNOVATION

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	83.4%
Temps partiel	77.7%

PLANIFICATION

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	76.9%
Temps partiel	75.3%

POURCENTAGE GLOBAL DES RÉPONDANT(E)S

PAR CHAMP DE COMPÉTENCE SELON LE STATUT D'EMPLOI

ORGANISATION

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	94.2%
Temps partiel	97.9%

CONTRÔLE

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	84.4%
Temps partiel	86%

DÉLÉGATION

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	95.4%
Temps partiel	94.4%

DÉVELOPPEMENT

Statut d'emploi	% Facilement
Temps complet	66.4%
Temps partiel	66.2%

ANNEXE K

**Portrait professionnel des répondant(e)s
et pourcentage global par champ de compétence
selon l'horaire de travail**

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON L'HORAIRE DE TRAVAIL

	Jour		Soir		Nuit	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**15**		**16**		**19**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Sexe: Masculin	0	0%	1	6.3%	2	10.5%
Féminin	15	100%	15	93.7%	17	89.5%
TOTAL	**15**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**
Âge:						
Moins de 20 ans	0	0%	0	0%	0	0%
De 20 à 24 ans	0	0%	1	6.2%	3	15.8%
De 25 à 29 ans	1	6.7%	4	25%	10	52.6%
De 30 à 35 ans	1	6.7%	7	43.8%	6	31.6%
De 36 à 40 ans	9	60%	2	12.5%	0	0%
De 41 à 45 ans	3	20%	1	6.2%	0	0%
De 46 à 50 ans	1	6.7%	1	6.2%	0	0%
Plus de 50 ans	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**15**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**
Langue(s) parlée(s):						
Français	8	53.3%	7	43.8%	6	31.6%
Français et Anglais	7	46.7%	9	56.2%	13	68.4%
Autre(s)	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**15**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S
SELON L'HORAIRE DE TRAVAIL

	Jour		Soir		Nuit	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**15**		**16**		**19**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Langue(s) écrite(s):						
Français	9	60%	10	62.5%	10	52.6%
Français et Anglais	6	40%	6	37.5%	9	47.4%
Autre(s)	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**15**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**
Formation académique:						
Diplôme en soins infirmiers	3	21.4%	3	18.7%	1	5.3%
Diplôme d'études collégiales en techniques infirmières	11	78.6%	13	81.3%	16	84.2%
Baccalauréat Ès Sciences (par cumul de certificats)	*2	*14.3%	*1	*6.3%	0	0%
Baccalauréat Ès Sciences infirmières (de base)	0	0%	0	0%	2	10.5%
Maîtrise	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	**14**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière						
Moins de 5 ans	1	6.7%	1	6.2%	8	42.1%
5 ans, moins de 10 ans	0	0%	5	31.3%	10	52.6%
10 ans, moins de 15 ans	2	13.3%	6	37.6%	1	5.3%
15 ans, moins de 20 ans	8	53.3%	1	6.2%	0	0%
20 ans, moins de 25 ans	3	20%	3	18.7%	0	0%
25 ans et plus	1	6.7%	0	0%	0	0%
TOTAL	**15**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**

* Nombres et pourcentages non cumulatifs car le Baccalauréat ès sciences (par cumul de certificats) n'est pas un programme de formation de base. Il complète le diplôme d'études collégiales en techniques infirmières.

PORTRAIT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANT(E)S

SELON L'HORAIRE DE TRAVAIL

	Jour		Soir		Nuit	
Nombre total d'infirmier(ère)s dans la catégorie	**15**		**16**		**19**	
	Nombre de répondant(e)s	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**	**Nombre de répondant(e)s**	**%**
Nombre d'années d'expérience à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal						
Moins de 5 ans	2	13.3%	3	18.7%	8	42.1%
5 ans, moins de 10 ans	0	0%	5	31.3%	10	52.6%
10 ans, moins de 15 ans	3	20%	6	37.6%	1	5.3%
15 ans, moins de 20 ans	8	53.3%	2	12.4%	0	0%
20 ans, moins de 25 ans	1	6.7%	0	0%	0	0%
25 ans et plus	1	6.7%	0	0%	0	0%
TOTAL	**15**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**
Nombre d'années d'expérience à l'urgence du pavillon principal:						
Moins de 1 an	2	14.3%	2	13.3%	3	15.8%
1 an, moins de 5 ans	1	7.1%	5	33.3%	6	31.6%
5 ans et plus	11	78.6%	8	53.4%	10	52.6%
TOTAL	**14**	**100%**	**15**	**100%**	**19**	**100%**
Statut d'emploi:						
Temps complet régulier	8	53.3%	7	43.8%	11	57.9%
Temps complet temporaire	1	6.7%	0	0%	1	5.3%
Temps partiel régulier	4	26.7%	6	37.5%	5	26.3%
Temps partiel temporaire	2	13.3%	3	18.7%	2	10.5%
TOTAL	**15**	**100%**	**16**	**100%**	**19**	**100%**

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Horaire de travail: Jour

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	49	20	69
	71.0%	29.0%	100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	132	5	137
	96.4%	3.6%	100.0%
COMMUNICATION ORALE	170	13	183
	92.9%	7.1%	100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	47	23	70
	67.1%	32.9%	100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	72	6	78
	92.3%	7.7%	100.0%
CHANGEMENT	96	6	102
	94.1%	5.9%	100.0%
INNOVATION	80	19	99
	80.8%	19.2%	100.0%
PLANIFICATION	53	16	69
	76.8%	23.2%	100.0%
ORGANISATION	61	1	62
	98.4%	1.6%	100.0%
CONTRÔLE	137	23	160
	85.6%	14.4%	100.0%
DÉLÉGATION	50	4	54
	92.6%	7.4%	100.0%
DÉVELOPPEMENT	183	78	261
	70.1%	29.9%	100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE
Horaire de travail: Soir

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	51	24	75
	68.0%	32.0%	100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	134	7	141
	95.0%	5.0%	100.0%
COMMUNICATION ORALE	171	32	203
	84.2%	15.8%	100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	46	34	80
	57.5%	42.5%	100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	69	21	90
	76.7%	23.3%	100.0%
CHANGEMENT	97	12	109
	89.0%	11.0%	100.0%
INNOVATION	81	28	109
	74.3%	25.7%	100.0%
PLANIFICATION	51	20	71
	71.8%	28.2%	100.0%
ORGANISATION	72	6	78
	92.3%	7.7%	100.0%
CONTRÔLE	150	43	193
	77.7%	22.3%	100.0%
DÉLÉGATION	55	2	57
	96.5%	3.5%	100.0%
DÉVELOPPEMENT	198	125	323
	61.3%	38.7%	100.0%

NOMBRE ET POURCENTAGE GLOBAL DE RÉPONDANT(E)S PAR CHAMP DE COMPÉTENCE

Horaire de travail: Nuit

	Facilement	Difficilement	Total
LEADERSHIP	80	9	89
	89.9%	10.1%	100.0%
TRAVAIL EN EQUIPE	166	4	170
	97.6%	2.4%	100.0%
COMMUNICATION ORALE	210	30	240
	87.5%	12.5%	100.0%
COMMUNICATION ÉCRITE	65	35	100
	65.0%	35.0%	100.0%
ESPRIT D'ANALYSE	91	17	108
	84.3%	15.7%	100.0%
CHANGEMENT	129	3	132
	97.7%	2.3%	100.0%
INNOVATION	114	18	132
	86.4%	13.6%	100.0%
PLANIFICATION	66	17	83
	79.5%	20.5%	100.0%
ORGANISATION	88	3	91
	96.7%	3.3%	100.0%
CONTRÔLE	209	21	230
	90.9%	9.1%	100.0%
DÉLÉGATION	67	3	70
	95.7%	4.3%	100.0%
DÉVELOPPEMENT	268	127	395
	67.8%	32.2%	100.0%

POURCENTAGE GLOBAL DES RÉPONDANT(E)S

PAR CHAMP DE COMPÉTENCE SELON L'HORAIRE DE TRAVAIL

LEADERSHIP

Horaire	% Facilement
Jour	71%
Soir	68%
Nuit	89.9%

TRAVAIL EN ÉQUIPE

Horaire	% Facilement
Jour	96.4%
Soir	95.1%
Nuit	97.6%

COMMUNICATION ORALE

Horaire	% Facilement
Jour	92.9%
Soir	84.2%
Nuit	87.5%

COMMUNICATION ÉCRITE

Horaire	% Facilement
Jour	67.1%
Soir	57.6%
Nuit	65%

ESPRIT D'ANALYSE

Horaire	% Facilement
Jour	92.3%
Soir	76.7%
Nuit	84.3%

CHANGEMENT

Horaire	% Facilement
Jour	94.1%
Soir	89%
Nuit	97.7%

INNOVATION

Horaire	% Facilement
Jour	80.8%
Soir	74.3%
Nuit	86.3%

PLANIFICATION

Horaire	% Facilement
Jour	76.8%
Soir	71.8%
Nuit	79.5%

ORGANISATION

Horaire	% Facilement
Jour	98.4%
Soir	92.3%
Nuit	96.7%

CONTRÔLE

Horaire	% Facilement
Jour	85.7%
Soir	77.8%
Nuit	90.8%

DÉLÉGATION

Horaire	% Facilement
Jour	92.6%
Soir	86.5%
Nuit	95.7%

DÉVELOPPEMENT

Horaire	% Facilement
Jour	70.1%
Soir	61.3%
Nuit	67.8%

ANNEXE L

Projet d'implantation des recommandations

PROJET D'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS

Recommandation # 1	Actions
• Mettre sur pied, à court terme, des programmes de formation sur: - les mesures d'urgence en vigueur à l'Hôpital du Sacré-Coeur; - les lois relatives aux droits des usagers; - la physiopathologie et le traitement des maladies cardiaques; - le traitement des polytraumatisés; - le multiculturalisme; - le triage.	• Incorporer ces programmes dans le cadre de la «mise à jour». • Organiser des mini-rencontres sur l'unité pour combler des besoins ponctuels, pour faire du suivi. • *Intégrer dans le programme sur les mesures d'urgence, le volet sur la sécurité, compte tenu des rénovations qui débutent fin-mai, début-juin et qui dureront 18 mois environ.
Recommandation # 2	**Actions**
• Clarifier la mission de l'urgence avec les infirmières afin qu'elles connaissent bien les rôles qu'elles ont à jouer, les objectifs à poursuivre et les résultats à atteindre.	• Organiser des rencontres pendant les trois horaires de travail pour échanger avec les infirmières et faire les mises au point qui s'imposent. • Rédiger des comptes rendus de ces rencontres pour que l'information soit disponible en tout temps (pour rejoindre aussi les absent(e)s).

N.B. Les recommandations sont classées selon l'ordre dans lequel elles devront être mises en application.

PROJET D'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS (suite)

Recommandation # 3	Actions
• Mettre sur pied un comité, composé de représentant(e)s de la Direction des soins infirmiers et d'infirmières détenant un poste à l'urgence, dont le mandat consistera à faire connaître les normes et critères de compétence pour les infirmières à l'urgence et identifier les moyens pour les atteindre.	• Organiser des rencontres pendant les trois horaires de travail afin que les infirmières de l'urgence désignent leurs délégué(e)s. • Favoriser la tenue de plusieurs petites rencontres dont la durée sera déterminée par les membres du comité afin d'aborder une seule norme à la fois et de l'étudier à fond. • Déterminer une stratégie d'action pour faire connaître les actions envisagées. • Prévoir des périodes de temps aménagées à même les horaires de travail pour que les délégué(e)s rencontrent les infirmières de l'unité.
Recommandation # 4	**Actions**
• Expliquer aux infirmières de l'urgence, les fondements du programme de préceptorat, tels que nous les concevons.	• Organiser avec les infirmières de l'urgence, des rencontres pendant les trois horaires de travail pour préciser en quoi consiste: - l'assistance des novices; - la formation continue; - l'amélioration continue de la qualité. • Résumer, au cours de ces réunions, en quoi va consister le rôle des préceptrices.

PROJET D'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS (suite)

Recommandation # 5	Actions
• Mettre en place de petits groupes de travail afin qu'elles apprennent à concevoir, planifier, déléguer et contrôler leurs tâches de façon à éliminer les problèmes, la communication inefficace et les conflits.	• Organiser des rencontres pendant les trois horaires de travail pour expliquer aux infirmières les règles qui favorisent le fonctionnement optimal des groupes de travail. • Laisser les infirmières se regrouper selon leurs intérêts respectifs afin de favoriser une meilleure entente au sein des groupes. • Apporter les correctifs nécessaires au besoin.
Recommandation # 6	**Actions**
• Laisser, à chaque groupe de travail, la responsabilité d'élire comme préceptrice la personne la plus apte à devenir leur leader, leur animatrice-motivatrice, leur modèle de rôle.	• Prévoir du temps, aménagé à même les horaires de travail, pour que les infirmières procèdent à l'élection de leurs leaders. • Choisir une date précise afin que toutes les infirmières s'impliquent à la fois dans ce projet.
Recommandation # 7	**Actions**
• Former les préceptrices choisies pour leur donner des notions sur: - l'art d'influencer les autres, d'exercer un leadership positif; - la gestion des groupes; - la gestion des conflits; - l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins et des services.	• Bâtir les modules de formation nécessaires. • Libérer les préceptrices selon les ententes qui seront négociées par la responsable à la formation et l'infirmière-chef de l'urgence. • Fournir la documentation aux préceptrices afin qu'elles puissent s'y référer au besoin.

PROJET D'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS (suite)

Recommandation # 8	Actions
• Utiliser, le plus possible, les ressources internes (infirmières cliniciennes, psychologues, spécialistes en communication, en organisation du travail, etc.) afin de former le plus de préceptrices possibles pour assurer la relève et augmenter, de façon significative, les chances de réussite du programme de préceptorat.	• Impliquer l'infirmière-chef dans le choix des différentes personnes-ressources. • Rencontrer les personnes concernées pour leur expliquer les objectifs du programme de préceptorat et les renseigner sur ce qu'on s'attend d'elles. • Leur faire exprimer leur disponibilité et organiser l'horaire des périodes de formation en conséquence.
Recommandation # 9	**Actions**
• Organiser des mini-sessions de formation, des rencontres, de durée variable, tout au long de l'année afin: - de répondre, de façon ponctuelle, aux besoins identifiés; - d'introduire de nouveaux concepts théoriques, de nouvelles méthodes de travail, techniques de soins, procédure, etc.; - de faire le suivi sur les séances précédentes de formation; - de profiter des périodes d'accalmie à l'urgence pour apporter les ajustements nécessaires; - de faire de la mise à jour sur des sujets variés.	• Prévoir une grille horaire des différentes activités de formation à l'unité. • Mettre sur pied un réseau de communication formelle afin de diffuser les renseignements essentiels à la réalisation de ces activités: - date, heure, lieux des rencontres; - matériel nécessaire; - etc. • Faire des rappels au besoin. • Tenir une liste à jour des infirmières qui ont assisté à ces mini-sessions.

X0071596 4

BIBLIOTHÈQUE
ENAP-MONTRÉAL
DATE DUE
05 DEC 1994
16 MAI 1995
14 JUL 1995